



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

Carla Sofia Gonçalves Sanches

Lisboa, Maio de 2012



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

Carla Sofia Gonçalves Sanches

Sob orientação da Professora Marques da Gama

Lisboa, Maio de 2012

Resumo

Este relatório tem como objetivo a análise descritiva e reflexiva das competências desenvolvidas durante o período de estágio do curso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, servindo como documento de avaliação deste curso.

A estrutura do relatório divide-se em três grandes capítulos, o primeiro faz a introdução ao relatório, com a contextualização do referencial teórico que serviu de base à minha intervenção; a segunda parte contempla a descrição, análise e reflexão dos objetivos e atividades desenvolvidas nos diferentes momentos de estágio e as competências adquiridas; Por último é feita uma breve conclusão da experiência que o curso de especialização promoveu no meu desenvolvimento enquanto enfermeira e enquanto pessoa.

No módulo I – Serviço de urgência, integrei a equipa do serviço de urgência central do hospital de Santa Maria; o Modulo II – Unidade de cuidados intensivos, foi realizado na unidade de cuidados intensivos de doenças infecciosas do Hospital de Santa Maria; o Módulo III decorreu na unidade de assistência domiciliária do Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

Nos diferentes momentos de estágio tive a oportunidade de desenvolver competências na área da prestação de cuidados ao doente em estado crítico ou em situações de maior complexidade e à sua família. Os cuidados de enfermagem partiram de uma prática de enfermagem avançada, com base em evidência científica e cursaram os cuidados do ponto de vista técnico, da gestão de cuidados diferenciados, na consciência critica para os problemas da prática, mas também assente numa relação terapêutica e no desenvolvimento de processos de comunicação. Para o cuidado à família/cuidador/pessoas significativas baseei a minha intervenção na teoria das transições de Afaf Meleis, partindo da premissa que a família ao longo do ciclo de vida atravessa períodos de crise que obrigam a uma nova reorganização e encontro de pontos de equilíbrio para uma adaptação eficaz. O papel do enfermeiro na vivência dos processos transacionais passa por reconhecer os momentos de crise e identificar os recursos disponíveis na família para facilitar os processos de transição saúde/doença.

As competências adquiridas a estes diferentes níveis e as reflexões que se realizaram permitem a construção de uma identidade profissional enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Palavras-chave: enfermagem; doente crítico; transição saúde/doença; família.

Abstract

This report aims to be a descriptive and reflective analysis of the skills developed during the clinical practice in medical-surgical nursing specialization course, as well as an assessment document for this course.

The report structure is divided into three main chapters: the first is the introduction of the report, with the theoretical background that formed the basis of my intervention; the second part includes the description, analysis and reflection of the goals and activities developed in clinical practice and skills acquired; Finally a brief conclusion is made to show how this experience has promoted my development as a nurse and as a person.

In Module I - Emergency Department, I joined the staff at the emergency department at Santa Maria Hospital; In Module II - intensive care unit, was performed in the intensive care unit for infectious diseases at Santa Maria Hospital; Module III was held at the home care unit of *Instituto Português de Oncologia*, in Lisbon.

During the clinical practice I had the opportunity to develop skills in the area of providing patient care and other more complex situations and family care. The nursing care started from an advanced nursing practice, based on scientific evidence and followed the care of the technical point of view, the management of special care, in critical consciousness to the problems of practice, but also based on a therapeutic relationship and development of communication processes. For the care of family / caregiver/people I have based my intervention on the theory of transitions of Afaf Meleis, on the premise that the family throughout the life cycle through periods of crisis that require a further reorganization and finding equilibrium points for effective adaptation. The nurse's role in the experience of transactional processes is to recognize the moments of crisis and identify resources available in the family to facilitate the health/illness transition processes.

The skills acquired at these different levels and the thought that came out to allow construction of a professional identity as a nurse specialist in medical-surgical nursing.

Key-words: nursing; critical patient; health/illness transition; family

“É bom ter um fim para a viagem; mas, no fim, é a viagem que conta”

(Ernest Hemingway)

Agradecimentos:

Este foi um percurso individual, mas de partilha com muitas pessoas que se tornaram importantes e fundamentais para que conseguisse chegar ao fim...

À professora Marques da Gama pela disponibilidade, por me ter feito (re)pensar os cuidados de enfermagem, porque me estimulou a refletir e porque me ajudou a crescer;

À enfermeira Dilar Costa, enfermeira Sandra Neves e enfermeiro Daniel Santos pela orientação, disponibilidade e saberes transmitidos, pelas experiências que me permitiram vivenciar, pela partilha de conhecimentos e sentires;

À minha família e amigos um agradecimento muito especial por me terem acompanhado durante todo este tempo, por terem compreendido as minhas ausências, a minha impaciência e o meu cansaço, dando-me sempre 'colo' quando precisei.

Lista de abreviaturas:

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CP – Cuidados Paliativos

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

DGS – Direção geral da saúde

EGA- Equipa de gestão de altas

HSM- Hospital de Santa Maria

IPO – Instituto Português de Oncologia

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem cardio-respiratória

REPE – Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros

SO- sala de observação

SU- Serviço de Urgência

SUC- Serviço de urgência central

UAD – Unidade de Assistência domiciliária

UCI – Unidade de cuidados intensivos

UCIDI – Unidade de cuidados intensivos de doenças infecciosas

Índice:

1. Introdução:.....	7
2. Momentos de estágio: objetivos e atividades:	13
2.1 Modulo II- unidade de cuidados intensivos de doenças infecciosas	13
2.2 Modulo III- unidade de assistência domiciliária - cuidados paliativos	24
2.3 Modulo I- serviço de urgência central.....	35
3. Reflexões finais:.....	45
Bibliografia:	48
APÊNDICES:	53
Apêndice I: Estudo de caso: “A transição da família numa UCI: O enfermeiro no processo de adaptação”	54
Apêndice II: Artigo enviado para a revista Nursing:.....	76
Apêndice III: Registo de interação:	85
Apêndice IV: Trabalho teórico sobre transições em CP	95
Apêndice V: Instrumento de registo de sintomas.....	111
Apêndice VI: Guião da sessão formativa/diapositivos da sessão	113
“Precauções de isolamento relativamente ao doente com suspeita de meningite no SU” .	113
Apêndice VII: Guia da fundamentação teórica para a sessão formativa	127
Apêndice VIII: Sinal de aviso para colocar na unidade do doente em suspeita de situação com necessidade de medidas de isolamento	144
Apêndice IX: Documento de avaliação de sessão de formação.....	146

Índice de tabelas:

Tabela 1: Resultados obtidos da avaliação da sessão formativa	40
---	----

1. Introdução:

Narrar um percurso profissional não se revela tarefa fácil, contudo é essencial mostrar os caminhos percorridos, as experiências adquiridas e a aprendizagem realizada no decorrer do tempo.

‘Desenvolver’ e ‘crescer’ são conceitos importantes na vida de cada um de nós e com significado maior desde que tomamos consciência de que somos seres aprendentes. Assumir essa responsabilidade é fundamental e revela-se o elemento-chave para atingirmos uma prática de excelência. A fundamentação é uma forte aliada de um exercício sustentado no conhecimento e concomitantemente no empirismo, porquanto ambos estão interligados. Neste contexto realizar esta formação avançada revelou-se a oportunidade de conciliar estas duas vertentes, aprofundando e adquirindo novos saberes que possibilitem uma prática sustentada no saber, saber fazer e também no saber estar. O conhecimento é indubitavelmente a fonte para o desenvolvimento e sustentabilidade da ciência. Neste campo a especialidade de enfermagem médico-cirúrgica confere competências que nos facultam um agir científico e nos move em direção à investigação, ao aguçar a curiosidade científica e à necessidade de construirmos um agir fundamentado.

Foi talvez esta a maior motivação para me inscrever no curso de mestrado em enfermagem na especialização em enfermagem médico-cirúrgica que decorreu no Instituto de ciências da saúde da Universidade Católica Portuguesa, no ano letivo de 2010-2012.

Ao longo de cinco anos de experiência profissional, fui desenvolvendo a minha formação em diversos campos, procurando encontrar ferramentas para a melhoria dos cuidados enquanto enfermeira. O curso de especialidade surge numa altura em que senti ser oportuno encontrar forma de investir em enfermagem, procurar caminhos para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira, naquilo que é a sua essência, com o objetivo de atingir continuamente um nível superior de excelência nos cuidados de enfermagem e encontrar-me na profissão, com a profissão, tentando dar visibilidade à mesma. A escolha desta área de especialidade deve-se ao facto de ter percebido, ao longo da minha formação base em enfermagem e ao longo da experiência profissional até então desenvolvida que é na área da saúde do adulto e idoso que me encontro e que me realizo enquanto enfermeira.

De acordo com o definido pela OE, especialista é o enfermeiro que apresenta

“um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”. (OE1 2011, p.2)

O relatório que se apresenta insere-se no curso de Mestrado em enfermagem na especialidade em enfermagem médico-cirúrgica e a sua elaboração pode ser considerada o culminar do percurso que decorreu nos últimos três semestres, com a concretização da componente teórica e posteriormente com a realização dos três momentos de estágio. A sua construção pressupõe uma análise e reflexão crítica sobre todo o percurso de forma pormenorizada, dando visibilidade ao processo de aprendizagem e às competências que foram adquiridas neste contexto, enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Para a realização deste relatório, foram delineados os seguintes objetivos:

- Descrever os objetivos definidos para cada momento de estágio;
- Descrever, de forma fundamentada as atividades desenvolvidas nos estágios;
- Avaliar criticamente os resultados obtidos;
- Identificar as competências adquiridas enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sequência das atividades desenvolvidas.

Como referi anteriormente, o curso de mestrado contou com a realização de três momentos de estágio que se dividiram em três módulos diferentes, os quais apresento seguindo a ordem cronológica pela qual se realizaram.

O primeiro estágio refere-se ao módulo II- unidade de cuidados Intensivos e decorreu no período de 27 de abril a 24 de junho de 2011, na unidade de cuidados intensivos de doenças infecciosas do hospital de Santa Maria.

No segundo momento de estágio foi desenvolvido o módulo III- cuidados paliativos, que decorreu no período de 26 de setembro a 18 de novembro de 2011, na unidade de assistência domiciliária do Instituto Português de Oncologia, Dr. Francisco Gentil, EPE.

O último momento de estágio estava inserido no módulo I- serviço de urgência, e realizou-se no período de 21 de novembro de 2011 a 27 de janeiro de 2012, no serviço de urgência central do hospital de Santa Maria.

A escolha dos diferentes locais de estágio foi feita de acordo com o plano de estudos que organiza este curso de mestrado, e com os objetivos que pretendia desenvolver ao longo deste percurso que ficaram patentes na construção do projeto de estágio.

Os módulos I e II, serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos, respetivamente, eram estágios obrigatórios. A escolha do serviço de urgência do hospital de Santa Maria deveu-se ao facto de, tratando-se de uma urgência central num hospital de referência, permitiria uma múltipla abrangência de situações na prática de cuidados o que poderia proporcionar mais experiências e momentos de aprendizagem; a escolha da unidade de cuidados intensivos foi feita com base na sua área de especialidade, a infeciologia uma vez que é nesta área que

tenho desenvolvido mais formação ao longo da minha experiência profissional por desempenhar funções num serviço de infeciologia desde o início da minha carreira de enfermagem; por último, o estágio do módulo opcional foi escolhido na área dos cuidados paliativos. Esta escolha esteve relacionada com a oportunidade de desenvolver competências numa área que conhecia pouco e que nunca tinha tido experiência e que pela sua especificidade facilitaria o desenvolvimento de competências de relação e de comunicação o que permitiria melhorar o cuidado ao doente em fim de vida e à sua família.

As escolhas efetuadas foram-se revelando muito compensatórias em termos das aprendizagens e das competências que permitiram desenvolver ao longo dos períodos de estágio.

Para todos os momentos de estágio foram desenvolvidos objetivos relacionados com a especificidade de cada local e apresentados no projeto de estágio elaborado no início deste percurso.

O cuidado ao doente e à família, não podem ser encarados separadamente, uma vez que a pessoa doente está interligada num ambiente que a envolve, evidenciado pelos padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem definidos pela OE, tal como vem referido no REPE que os cuidados de enfermagem se caracterizam por *“terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade”*. (REPE - artigo 5º) Faz portanto parte dos cuidados de enfermagem uma abordagem que englobe o doente e a família, entendendo-se a expressão ‘família’ enquanto o conjunto de elementos que faz parte das pessoas significativas para o doente. A família interage dinamicamente entre cada elemento, de tal forma que as mudanças que ocorrem num elemento alteram o sistema da família. (VAN HORN, KAUTZ 2007)

Ao longo do ciclo de vida, as pessoas vivenciam diferentes momentos de crise e de mudança relativamente às situações de saúde e de doença que implicam diferentes transições ao longo da vida. A enfermagem e o seu cuidar devem direcionar-se para a assistência face aos processos de transição vividos. Para isto torna-se fundamental, de acordo com SILVA (2007), procurar uma enfermagem avançada que se afaste dos conhecimentos exclusivamente baseados na medicina, para conhecimentos gerados pela investigação e pela teoria de enfermagem, enfatizando a profissão como área com saberes próprios que contribuem para um melhor atendimento às pessoas. Como refere MAAS e ZAGONEL (2005, p. 68), a utilização de referenciais teóricos auxilia o fortalecimento da prática e a visibilidade do trabalho de enfermagem e denota no trabalho do enfermeiro, particularmente no enfermeiro especialista, o seu interesse por incluir a investigação no seu processo de trabalho e a aplicação de resultados de investigação e perspectivas teóricas na prática de enfermagem.

Pelo disposto anteriormente, e considerando as minhas motivações pessoais, foi desenvolvido um tema transversal aos diferentes momentos de estágio que se relaciona com os **“Processos de transição: a perspectiva do cuidador”**, baseando-me na teoria das transições desenvolvida por Afaf Meleis em colaboração com outros autores.

Meleis e colaboradores (MELEIS [et al.], 2000) consideram o conceito de transição enquanto central na prática de enfermagem na medida em que o enfermeiro no processo de cuidar está em contacto com o doente/família em diferentes períodos transacionais ao longo do ciclo de vida. Estes períodos relacionam-se com eventos inesperados como as situações de doença que a pessoa vivencia e cuja transição eficaz permite também uma adaptação eficaz.

Estes autores desenvolveram o conceito de transição na enfermagem, construindo uma teoria de médio alcance que se baseia nos processos transacionais do ser humano ao longo da sua vida. É considerada uma teoria de médio alcance uma vez que se caracteriza por um menor nível de abstração e que por isso *“se dirigem a fenómenos específicos ou conceitos que refletem a prática”*. (PEREIRA 2010, p. 53) Estes conceitos foram sendo desenvolvidos na área de enfermagem com a convicção que pela descrição e conhecimento dos mecanismos utilizados pelas pessoas nos períodos de mudança nas suas vidas, podem ser desenvolvidas intervenções de enfermagem que facilitem estas experiências. Desta teoria decorre a identificação de quatro categorias de transições: situacionais, de desenvolvimento, organizacionais e de saúde/doença. (MELEIS [et al.], 2000) Na sua ação a enfermagem, enquanto ciência que se dedica ao cuidado humano, pode intervir sobre os processos de transição, entendidos enquanto *“passagem, ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, que implica um processo, uma direção e alterações em padrões fundamentais da vida”*. (PINTO 2009, p.73)

Com base na teoria de médio alcance desenvolvida por Meleis e colaboradores (2000) são descritos padrões da natureza de uma transição, que se formam numa dicotomia de conceitos, podendo ser únicos ou múltiplos, sequenciais ou simultâneos, relacionados ou não relacionados; são identificadas também nos diferentes tipos de transições um conjunto de propriedades como a consciência, o envolvimento, mudanças e diferenças, períodos de transição ao longo da vida e pontos críticos ou eventos críticos. Estas propriedades das transições podem estar interligadas e apresentam-se como características fundamentais no processo de transição. Para uma pessoa/família poder atravessar de forma eficaz um momento de crise ou evento crítico e atingir um nível de bem-estar, é necessário que tenha consciência e perceção da mudança que provoca a transição na sua vida. Sem esta consciencialização não é possível existir um envolvimento com a mudança e a transição não se pode concretizar de forma eficaz. Considerando-a um processo, a transição implica uma noção de período de tempo, de continuidade, é a passagem de uma fase da vida para outra. O início e o fim não surgem de forma simultânea (CHICK; MELEIS 1986) e durante este período podem existir diversos pontos de transição, momentos de crise sobre os quais incide a intervenção de enfermagem e cujo objetivo é ultrapassá-los e facilitar a adaptação a uma nova condição para alcançar o bem-estar do doente e da família.

A forma como cada pessoa ou grupo vivenciam o processo de transição está relacionado também com as características pessoais de quem as vive. Por este motivo, a intervenção de enfermagem no processo de transição relaciona-se não só com o conhecimento do tipo de

transição que está a decorrer como também do conhecimento dos recursos pessoais e externos que podem ser utilizados para facilitar uma transição eficaz e adaptativa.

Existem, de acordo com o que foi estruturado na teoria das transições, padrões de resposta que indicam se a transição está a ser eficaz como sendo o sentir-se ligado, interagir, localizar-se, desenvolver confiança e adaptar-se; e também padrões de resposta que são indicadores de resultado como a mestria, a capacidade e a independência (MELEIS [et al], 2000). Os padrões de resposta surgem pelo comportamento observável ou não observável durante o processo de transição (CHICK; MELEIS 1986), e sobre os quais o enfermeiro deve estar atento para compreender como está a ser vivido o processo.

Uma boa resposta ao período de transição pode ser evidenciada, segundo PINTO (2009) por uma correta integração dessa mudança, consciencializando-se da sua ocorrência, e a adaptação para uma vida ou dinâmica de vida diferente. O papel do enfermeiro no processo de transição permite que o doente/família façam uma eficaz adaptação ao seu novo papel e possa ter um processo de vida com maior bem-estar. Para ajudar a família num momento de crise, o enfermeiro deve promover a adaptação através de intervenções adequadas que promovam o funcionamento familiar.

Ao longo dos três momentos de estágio, este tema foi sendo trabalhado em função dos diversos contextos, focando a interação na transição saúde/doença. Esta categoria caracteriza-se por *“mudanças repentinas de papéis que resultam da mudança de bem-estar para um estado de doença; mudanças de papéis graduais (...) mudanças repentinas ou graduais de papéis de saúde para doença crónica, reabilitação (...)”*. (PEREIRA 2010, p.59-60)

De forma a tentar assegurar uma continuidade na realização e desenvolvimento deste relatório, foi usada uma metodologia descritiva e analítica, estando estruturado em três partes diferentes: a nota introdutória, o desenvolvimento e reflexões finais. Na introdução é feito o enquadramento do relatório no contexto do curso de mestrado, são identificados os locais e períodos em que decorreram os estágios e é feito o enquadramento do referencial teórico que serviu de base às intervenções de enfermagem nos diferentes momentos de estágio; No desenvolvimento, que será o capítulo mais extenso, serão apresentados os três momentos de estágio, fazendo referência aos locais onde se desenvolveram, aos objetivos delineados, às estratégias e atividades desenvolvidas e respetiva fundamentação. Ao longo deste capítulo, serão apresentadas reflexões críticas sobre o percurso e as competências que permitiram desenvolver. No capítulo final será apresentada uma reflexão final sobre todo o percurso desenvolvido e que contributos o curso teve para a minha postura e atitude enquanto pessoa e enquanto enfermeira. No final deste trabalho serão anexados os documentos que fizeram parte relevante de todo este percurso que se descreve e que vão sendo referenciados ao longo do texto.

Ao longo dos diferentes momentos de estágio, faz sentido que as competências que se pretendem desenvolver sejam conseguidas através da prestação de cuidados diretos ao doente/família. Só através da prestação de cuidados se consegue desenvolver a capacidade

de relacionar os conhecimentos teóricos com a sua aplicabilidade na prática e assim desenvolver competências no cuidar. Como referia BENNER (2001, p. 33), “*o conhecimento prático adquire-se com o tempo (...) é necessário construir estratégias para que haja conhecimento desse saber fazer, de maneira a poder ser desenvolvido e melhorado*”. Concordando com a autora, foram desenvolvidos objetivos de estágio cuja concretização passa pela sua adequação e aplicabilidade à prática de cuidados diária.

É utilizada a designação de ‘doente’ em todo o relatório referindo-se à pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem, e na designação de ‘família’ consideram-se as pessoas significativas/cuidadores do doente, sem necessariamente existirem relações familiares.

2. Momentos de estágio: objetivos e atividades:

Este capítulo desenvolve os diferentes momentos de estágio, com a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas em função dos objetivos que foram previamente construídos.

É por assim dizer, a narrativa da minha história, do meu percurso de aprendizagem.

A componente de estágio do curso de especialidade engloba um total de 750 horas, das quais 540 horas são de contacto direto divididas em três módulos diferentes com 180 horas cada. A orientação foi feita pela Professora Marques da Gama e em cada local de estágio contou com a orientação de enfermeiros do serviço.

Na sua exposição optou-se descrevê-los cronologicamente.

2.1 Modulo II- unidade de cuidados intensivos de doenças infecciosas

Este subcapítulo descreve a experiência de estágio que decorreu na unidade de cuidados intensivos de doenças infecciosas do hospital de Santa Maria. O objetivo geral definido para este estágio foi o seguinte:

- ✓ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem ao cliente em estado crítico e/ou com falência multiorgânica e à sua família.

Neste contexto, destacam-se as actividades desenvolvidas que permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista e que incluem as competências técnicas, sobretudo nos cuidados ao doente em choque séptico, ao doente submetido a ventilação mecânica invasiva; e competências relacionais e de comunicação, que se conseguiram pelo desenvolvimento de estratégias adoptadas no sentido da humanização de cuidados através da alteração dos factores ambientais relacionados com o contexto de unidade de cuidados intensivos e da inclusão da família nos cuidados, minimizando a ansiedade relacionada com o internamento do familiar doente neste serviço. Por último são apresentados os resultados principais do estudo de caso elaborado durante o período de estágio relativo ao papel do enfermeiro enquanto facilitador dos processos de transição da família.

A história da necessidade de existência de unidades especializadas na abordagem ao doente crítico começa desde que se reconheceu que os doentes com patologias agudas ou em situação mais instável teriam as suas necessidades melhor satisfeitas se estivessem numa unidade específica. (URDEN; STACY; LOUGH 2008) Com a evolução da medicina do ponto de

vista do conhecimento e da tecnologia utilizada, compreendeu-se a importância da enfermagem na observação e cuidado ao doente em situação crítica, até porque a sua presença contínua dá conhecimento das alterações observadas e os seus conhecimentos permitem agir em função das necessidades de cada doente.

A unidade de cuidados intensivos de doenças infecciosas localiza-se no quarto piso do Hospital de Santa Maria (HSM). É uma unidade que se compõe de cinco quartos de isolamento com pressão negativa, cuja área de atuação assenta nas doenças infecciosas, mas que pela estrutura e condições físicas da unidade recebe muitos doentes em situação de imunossupressão/imunodepressão. Das situações de internamento mais frequentes, destacam-se o choque séptico, a meningite e a tuberculose pulmonar bacilífera.

A equipa de profissionais de saúde compõe-se de dez enfermeiros, três médicos em equipa fixa, assistentes operacionais que trabalham em sistema rotativo por turnos. A equipa médica é composta essencialmente por infeciologistas e da equipa de enfermagem constam elementos que já desempenham funções nesta área e uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica. O método de trabalho utilizado na unidade é o método individual, em que cada enfermeiro fica responsável pelos doentes que lhe são atribuídos em cada turno. O rácio enfermeiro/ cliente é de um enfermeiro para dois clientes, o que permite uma vigilância e monitorização permanente e uma individualização nos cuidados.

Como referi na nota introdutória deste relatório, a escolha desta unidade pautou essencialmente pela sua área de especialidade, a infeciologia, que por um lado poderia dar contributos para as minhas competências na prática de cuidados no contexto em que desempenho funções, e por outro lado, por estar familiarizada com algumas situações de doença na área de infeciologia, permitiria um “espaço de conforto” que me deixasse encontrar caminhos para desenvolver o projeto e os objetivos que tinha definido, permitindo que me concentrasse na abordagem ao doente/família em situação crítica.

As pessoas internadas em UCI são doentes de alto risco pela situação de instabilidade em que se encontram e que por isso necessitam de cuidados especializados, nomeadamente pela equipa de enfermagem. O seu papel revela-se de extrema importância pela continuidade que existe no contacto entre doente e enfermeiro, sendo ele o responsável por antecipar e avaliar situações de maior instabilidade, atuando em conformidade com a avaliação que faz das necessidades. São exigidos conhecimentos técnico-científicos baseados em práticas seguras e atualizadas de forma a assegurar a qualidade e excelência dos cuidados. O enfermeiro deve planejar as suas intervenções e definir as prioridades.

Pela complexidade de situações que existem nas unidades de cuidados intensivos, associado ao curto tempo disponível para o estágio e ao facto de não ter experiência profissional nesta área, optei por desenvolver os objectivos centrados na aquisição de competências técnicas em duas áreas em particular: o cuidado ao doente em choque séptico/sépsis e o cuidado ao doente com ventilação mecânica, e no desenvolvimento de competências de comunicação e de relação com o doente/família, neste contexto específico.

Assim, os dois primeiros objetivos foram construídos com base nas competências técnicas a desenvolver:

A) PRESTAR CUIDADOS À PESSOA DOENTE EM SITUAÇÃO DE SÉPSIS E CHOQUE SÉTICO NAS PRIMEIRAS 24 HORAS,

O objetivo não estava definido desta forma no projeto de estágio inicial, mas no contexto do local de estágio, fez sentido procurar saber mais sobre este tema e uma vez que as competências que se pretendiam atingir se concretizam também pela prestação de cuidados diretos ao doente em situação crítica, pareceu importante adequar os conhecimentos numa área de atuação particular, com elevada frequência neste serviço e no período em que o estágio decorreu, para poder prestar cuidados completos e especializados ao doente.

De acordo com DELLINGER (2008), situações de choque séptico e sépsis severa são problemas de saúde graves e com elevada incidência numa unidade de cuidados intensivos e que afetam milhões de pessoas a cada ano.

Para prestar cuidados ao doente internado na UCI em situação de choque séptico, foi necessário conhecer os parâmetros que definem esta condição de doença e quais as áreas prioritárias de atuação. Para isso tive necessidade de conhecer as normas internacionais através das quais são sistematizadas as práticas que orientam as intervenções dos profissionais de saúde. As práticas no serviço são orientadas pelos protocolos definidos nas 'guidelines' internacionais de atuação em caso de sepsis/choque séptico publicadas em 2008, desenvolvidas por peritos em cuidados intensivos e que tendem a ser utilizados nestas unidades. Esta última versão veio atualizar as normas já existentes publicadas em 2004. (DELLINGER 2008) As orientações para a prática de cuidados são instrumentos importantes na gestão de cuidados e são elaborados geralmente por organizações profissionais. (URDEN; STACY; LOUGH 2008)

A partir da pesquisa efetuada, foi mais simples direcionar a prática e perante as situações que surgiram durante o período de estágio neste serviço, foi mais simples a realização de cuidados de acordo com as necessidades da pessoa doente, e de forma mais eficaz, tornando-me cada vez mais autónoma nos cuidados aos doentes por quem ficava responsável.

As atividades desenvolvidas na prestação de cuidados têm início logo desde a admissão do doente na unidade, através de uma avaliação imediata da situação de instabilidade, monitorização, início do tratamento (muitas vezes com necessidade imediata de suporte ventilatório) e estabilização subsequente. É preconizada que a estabilização inicial seja conseguida nas primeiras seis horas, reduzindo assim o risco de mortalidade. (DELLINGER 2008)

Durante o decorrer do estágio foram várias as situações que em tive de atuar junto da equipa de saúde na estabilização do doente internado com este diagnóstico. Após a receção do doente no serviço, era transferido para a unidade respectiva e de imediato é monitorizado

inicialmente de forma não invasiva, e posteriormente de forma invasiva, utilizando a linha arterial como recurso para a avaliação da pressão venosa central (PVC). Caso se justifique, o doente é conectado a prótese ventilatória, e de acordo com os critérios clínicos, são introduzidos os parâmetros ventilatórios para ser iniciada a ventilação mecânica invasiva. Em algumas situações, os doentes não tinham ainda sido entubados orotraquealmente, pelo que tive a oportunidade de assistir nesse procedimento. São iniciadas de imediato as medidas terapêuticas em função das avaliações hemodinâmicas efetuadas, que passam numa primeira abordagem pela fluidoterapia, com o controlo rigoroso do débito introduzido e do balanço hídrico. Pode ser também necessária a introdução de vasopressores e terapêutica inotrópica.

Após a monitorização e estabilização inicial, o papel do enfermeiro passa pela manutenção de um ambiente de conforto para o doente e na avaliação das necessidades do mesmo.

O uso de protocolos que organizam a intervenção ao doente nesta condição facilita a estabilização do mesmo através de uma atuação em equipa de forma fundamentada e coordenada entre todos os elementos. No meu papel enquanto enfermeira na prestação de cuidados diretos, através do conhecimento destas orientações para a prática, permitiu-me desenvolver cuidados técnicos de elevada complexidade, antecipando sinais de instabilidade no doente e agindo em função das necessidades do mesmo.

Outra situação recorrente na prática de enfermagem em unidades de cuidados intensivos prende-se com o cuidado do doente submetido a ventilação mecânica.

Foi por isso construído o segundo objetivo deste estágio,

B) ADQUIRIR COMPETÊNCIAS NO CUIDADO AO DOENTE COM VENTILAÇÃO MECÂNICA.

A abordagem à pessoa doente em situação crítica em contexto de cuidados intensivos requer competências na área da ventilação mecânica, neste sentido, defini este objetivo de estágio que permitisse adquirir competências que promovessem o cuidado de enfermagem autónomo em situações complexas.

Na literatura da área, a ventilação mecânica é evidenciada como um dos meios de suporte terapêutico essencial no tratamento da pessoa em situação crítica. Pelo facto de se tratar de uma área para a qual não tinha as bases de conhecimento necessárias a um cuidar completo e autónomo, o estudo e pesquisa revelaram-se fundamentais. Era uma área que não dominava, o que implicava a aquisição de novos conhecimentos. Abraçar este objetivo tornou-se um desafio. A pesquisa efectuada centrou-se nos modos de ventilação mecânica, nos parâmetros que indicam uma correta adaptação ao ventilador, a desconecção de ventilação invasiva, a manutenção da permeabilidade das vias aéreas e as medidas de conforto do doente nesta condição.

Para poder cumprir este objetivo específico, procurei ficar responsável por doentes com necessidade de ventilação mecânica, sempre com supervisão da orientadora, pois mais uma

vez, pela prática e pela experiência aliada ao conhecimento teórico, desenvolvi competências no cuidado especializado ao doente neste contexto. Na prestação de cuidados diretos ao doente com ventilação mecânica invasiva, foi fundamental não só a pesquisa referida, mas também o apoio da enfermeira orientadora que contribuiu para me ajudar a compreender a adequação das diferentes modalidades ventilatórias nas diferentes situações, na interpretação de valores hemodinâmicos e seu significado, permitindo que tivesse um papel cada vez mais ativo e autónomo nos cuidados ao doente.

Das situações presentes durante o período de estágio, saliento a de uma doente que teve um internamento bastante prolongado na unidade e que por este motivo acompanhei durante um longo período. Esta doente na sua entrada para o serviço tinha sido adaptada a ventilação mecânica e estando atribuída à minha enfermeira orientadora, fui também responsável pelos seus cuidados de enfermagem e pude aplicar os conhecimentos adquiridos, nomeadamente na avaliação da eficácia da ventilação, sendo autónoma na manutenção da permeabilidade das vias aéreas, na garantia da correta adaptação ao modo ventilatório, através do posicionamento adequado, do conforto da doente, da avaliação dos parâmetros hemodinâmicos, entre outros. Como referi, pelo prolongado internamento associado a uma melhoria progressiva do seu estado de saúde, tive a oportunidade também de ser autónoma na avaliação da doente após desconexão do ventilador e posteriormente, na extubação da doente, verificando sinais de agravamento da função respiratória. Senti que em outras situações semelhantes ia desenvolvendo um nível da autonomia crescente.

Infelizmente, no período em que foi desenvolvido o estágio, a unidade não tinha diariamente doentes com este tipo de suporte ventilatório, pelo que a experiência da prática foi mais reduzida do que esperava ou gostaria, ficando aquém das expectativas.

Só com base no desenvolvimento do conhecimento relativo aos cuidados ao doente neste contexto particular, quer através de pesquisa teórica quer pela orientação da prática baseada em normas previamente definidas, se consegue adequar os cuidados à complexidade exigida, de forma autónoma e sistemática, adquirindo competências especializadas que permitem estar mais apta para poder reagir perante situações que vão surgindo com este nível de complexidade.

Os cuidados diretos ao doente em situação crítica foram realizados durante todo o período de estágio, ficando responsável por doentes em cada turno, prestando cuidados globais ao doente e família. No decorrer dos cuidados surgem por vezes dificuldades sentidas que levam a um encontro de estratégias que mesmo parecendo simples transformam o cuidado de enfermagem naquilo que HESBEEN (2000) referia como a arte dos cuidados de enfermagem.

Assim, surge o próximo objetivo:

C) DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM O DOENTE SEDADO NUMA UCI, PROMOVENDO O ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA.

Para o enfermeiro, o estabelecimento de um processo comunicacional, recorrendo a linguagem verbal ou não verbal é uma forma de possibilitar uma troca com o doente, de se relacionar com ele para além do contacto mecanicista associado à unidade de cuidados intensivos. A comunicação, entendida desta forma deveria ser considerada uma estratégia eficaz na redução do impacto associado a este ambiente de elevada tecnologia, mas ela surge também acompanhada de dúvidas e problemas para os próprios profissionais.

A comunicação é um processo de transmissão de informação ou de uma mensagem (verbal ou não verbal) de uma pessoa para outra, de forma dinâmica e cujas relações se influenciam umas sobre as outras. (ROSÁRIO 2009) Em contexto de serviços de saúde, a comunicação rege as relações entre profissionais de saúde, doente e família e é fundamental para a compreensão de todo o processo de cuidados. A mesma autora refere no seu trabalho que muita da insatisfação dos cuidados ao doente relaciona-se com as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde associados ao seu desempenho comunicacional. Em enfermagem particularmente, a comunicação é um veículo do nosso trabalho e tudo aquilo que somos e que dizemos faz parte do nosso processo comunicacional e interfere nas respostas físicas e emocionais de quem cuidamos.

O ambiente numa unidade de cuidados intensivos é só por si enquadrado num elevado nível tecnológico, despersonalizado e com inúmeros estímulos externos (luzes intensivas, ruídos das máquinas, ruídos dos profissionais), estímulos esses que podem inibir o processo de comunicação. (ROSÁRIO 2009) A responsabilidade dos enfermeiros passa por promover um ambiente terapêutico que permita otimizar a sua ação perante aqueles de quem cuida.

A minha intervenção neste contexto passou por interferir numa área que influencia o processo de comunicação e que pode ser facilmente alterada, os fatores ambientais. Ao mesmo tempo, atuando a este nível, poderia desenvolver um ambiente mais humanizado nos cuidados de enfermagem.

A humanização de cuidados de saúde nestas unidades tem sido um desafio constante e traduz-se pela procura permanente de conforto físico, psíquico e espiritual do doente. O desconforto relativamente à valorização do lado técnico em detrimento do lado humanístico do cuidar tem levado os enfermeiros a repensarem a sua prática, evidenciando conceitos decorrentes das práticas de cuidar como a responsabilidade, sensibilidade, respeito pela dignidade e autonomia da pessoa doente e compreensão dos significados das experiências para cada pessoa. (PAES DA SILVA; ARAÚJO; PUGGINA 2010)

Pelas premissas acima referidas, procurei encontrar formas criativas que permitissem a humanização de cuidados em unidades de cuidados intensivos, e que simultaneamente transmitissem uma mensagem ao doente, que possibilitasse uma interação. Uma das formas encontradas esteve relacionada com o uso da música nos cuidados de enfermagem, que vem sendo considerada uma forma importante e de fácil aplicabilidade e que pode permitir o desenvolvimento de um ambiente mais humanizado. Em contexto de estágio, observei que muitas vezes a música da televisão dos quartos dos doentes era colocada em função dos

gostos pessoais do enfermeiro e não do doente. O recurso ao uso de música durante os cuidados de enfermagem vem sendo evidenciado em diferentes estudos. BERGORD [et al.] (2006) estudaram a aplicabilidade de diferentes estilos de música em contexto terapêutico pelos enfermeiros. Das suas conclusões sobreveem, por exemplo, que a música de um estilo mais clássico pode induzir serenidade e relaxamento, porquanto que uma música mais rápida potencia reações de desconforto, agitação e confusão na maioria dos sujeitos do estudo. Já AUSTIN (2010) elabora um trabalho de revisão bibliográfica onde apresenta resultados de estudos aplicados em adultos internados em unidades de cuidados intensivos onde se observou que a presença de música adequada provocava uma diminuição significativa da tensão arterial e diminuição da frequência respiratória. Perante as conclusões apresentadas, foi introduzida a música no quarto de forma a promover o conforto e tranquilidade do doente, facilitando o processo terapêutico. Geralmente, após os cuidados de higiene o doente ficava mais agitado o que se observava pelo aumento da tensão arterial, frequência respiratória e cardíaca, aumentando a resistência ao processo ventilatório. Assim, durante este procedimento e após o término dos cuidados de higiene e conforto e do posicionamento do doente era colocada uma música tranquila, relaxante e efetivamente ficava mais tranquilo. A escolha da música calma, tendencialmente de um estilo mais clássico relacionava-se com as conclusões dos estudos supracitados que simultaneamente permitiam a promoção de um espaço físico mais tranquilo e agradável para o doente. WONG; LOPEZ-NAHAS; MOLASSIOTIS (2001) referem que nem todos os tipos de música podem reduzir a ansiedade e promover o relaxamento. As preferências pessoais devem ser tidas em conta sempre que possível, uma vez que as respostas de pessoas diferentes ao mesmo estilo de música podem ser diferentes. Neste sentido, destaco uma situação de uma doente jovem de origem cabo-verdiana, que estando ventilada mas acordada, conseguiu-se perceber que a sua tranquilidade passava por encontrar uma música que lhe recordasse a sua cultura e que a transportasse de certa forma para um ambiente que lhe era mais agradável. Aqui, ao invés dos pressupostos relacionados com os benefícios da música mais tranquila, optou-se por colocar música africana, cuja resposta da doente foi bastante positiva. Percebe-se que, de uma forma simples, criativa e despretensiosa, que não implica processos muito complexos, se consegue estabelecer com o doente uma forma de potenciar o seu bem-estar e encontrou-se um nível diferente de potenciar a comunicação. É através destas “pequenas coisas” que refere HESBEEN (2000) nos seus trabalhos, que a enfermagem encontra um sentido e que firmam a sua identidade, porque por vezes são estas simples ações que têm uma força incalculável para o bem-estar de quem cuidamos. A introdução dos resultados deste estudo na equipa, promoveu não só o processo de investigação como também, pela resposta que teve, permitiu mudanças nas práticas e melhoria dos cuidados de enfermagem.

As estratégias desenvolvidas para a concretização deste objetivo permitem, de forma indireta estabelecer um processo de relação com o outro, de nos ligarmos a ele, quando não é possível uma interação com uso da comunicação verbal. Foi usada uma forma criativa para abordar uma situação complexa no cuidado ao doente, desenvolvendo competências a este nível.

As estratégias de comunicação têm valor para os profissionais de saúde, mas também para os familiares dos doentes internados em contexto de uma unidade de cuidados intensivos. O envolvimento da família é crucial em todo o processo de cuidar em enfermagem não só porque nos permite conhecer melhor a pessoa de quem cuidamos, mas porque também a família precisa de ser integrada nos cuidados. Se para o enfermeiro por vezes é difícil encontrar formas de comunicar com o doente sedado, para a família pode ser ainda mais perturbador, já que muitas vezes desconhecem estratégias para poder comunicar com o seu familiar quando não existe uma resposta verbal efetiva.

O cuidado à família está diretamente relacionado com o cuidado à pessoa doente. Em contexto de internamento, as mudanças que este provoca na família e a forma como esta as percebe vão interferir nas suas respostas à situação e na forma como ultrapassa este processo. A forma como reagem interfere como os diferentes elementos da família interagem com o doente e consequentemente nas respostas do doente à sua situação de saúde e consequentemente na melhoria da sua situação clínica. (SOARES 2007) A inclusão da família no cuidado de enfermagem ao doente em situação crítica ou de alguma instabilidade também são definidas nas competências da OE para o enfermeiro especialista quando refere que o cuidar inclui também a *“família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”*. (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2011, p. 3)

Torna-se pois importante que o enfermeiro tenha sensibilidade para envolver a família neste processo porque também desta forma a família conseguirá concretizar a transição de forma mais positiva, ao mesmo tempo que pode contribuir para a promoção da tranquilidade do doente. Evidentemente, a família deve ser um foco importante na atenção do enfermeiro e daí a necessidade de compreender de que forma vivência este processo de mudança e como se adapta a uma nova situação relacionada com o internamento do familiar doente numa unidade de cuidados intensivos.

Neste sentido, foi um dos focos principais da minha atenção na prestação de cuidados o envolvimento da família no processo de cuidar, intervindo em função das necessidades encontradas.

Para o planeamento das atividades de enfermagem para a família no contexto de situação de doença crítica recorri à teoria das transições de forma a sustentar o cuidado de enfermagem e sistematizar as intervenções para uma determinada situação, em conformidade com as realidades decorrentes das experiências de estágio.

Para desenvolver este trabalho foi delineado o objetivo de:

D) CARACTERIZAR E FACILITAR O PROCESSO DE TRANSIÇÃO DA FAMÍLIA DO DOENTE INTERNADO NA UCIDI.

A família de um doente internado numa unidade de cuidados intensivos passa por um processo de grande angústia, onde a dinâmica familiar sofre alterações importantes relacionadas com a

passagem de uma situação de bem-estar para uma situação de doença, e esta mudança na vida da família pode gerar uma situação de crise. Paralelamente, o internamento numa unidade de cuidados intensivos está associado a um conjunto de ideias e conceitos pré-definidos sobre características do ambiente intensivista, a sua associação a situações com um nível elevado de gravidade e potencialmente morte, e tudo isto aumenta os níveis de stress da família.

Diversos autores enumeram necessidades identificadas na família perante o internamento de uma pessoa numa unidade de cuidados intensivos. Em 2007, DAVIDSON [et al], constroem uma “guideline” baseada numa revisão bibliográfica sobre este tema e das recomendações que fazem salienta-se a necessidade da família estar perto do familiar doente, a necessidade de informação, a necessidade de assegurar que o seu familiar tem os cuidados que precisa, corroborando com outro estudo que identifica necessidades da família semelhantes, (HENNEMAN; CARDIN 2002) denotando também a preocupação com o acompanhamento das visitas na unidade de cuidados intensivos. A visita a um familiar doente é um momento gerador de ansiedade, sobretudo nas primeiras visitas em que o contexto de grande complexidade provoca alguma estranheza e insegurança. Os familiares não conhecem o ambiente que caracteriza a unidade e que envolve o seu familiar, relacionado com o facto de estar entubado, monitorizado o que implica uma abordagem com sensibilidade e dedicação por parte do enfermeiro. (PAES DA SILVA; ARAÚJO; PUGGINA, 2010)

Esta situação foi-se confirmando na abordagem à família no período de visitas ao familiar doente. O momento só por si era gerador de mais ansiedade, funcionando enquanto condição dificultadora da vivência do processo de transição para a família. Utilizando as conclusões dos estudos elaborados sobre a importância no acompanhamento familiar no período de visita, adotei esta estratégia na minha prática de cuidados fazendo o acompanhamento da família desde a entrada no serviço até ao quarto, proporcionando um momento em que existisse espaço que permitisse o questionamento da família. ENGSTRÖM; UUSITALO; ENGSTRÖM (2010) referem que devem ser encorajados os familiares a ficarem perto do doente, tocar no doente, e esta confiança cria um ambiente de maior tranquilidade que será também percebido pela própria pessoa. Ao mesmo tempo, a explicação do ambiente, do significado e objetivo na utilização de todo o material tecnológico também tranquilizam a família e permitem a participação num processo de transição eficaz. Este acompanhamento foi sendo feito com os doentes que me eram atribuídos, com maior insistência nas primeiras visitas, e teve resultados positivos que foram verbalizados e observados informalmente pelos familiares.

Considerando o processo de crise referido anteriormente, fez sentido direccionar uma intervenção neste ponto, facilitando o processo de mudança da família perante a nova situação, relacionada com a necessidade de promover uma adaptação eficaz. Utilizei conceitos inerentes à teoria das transições de Meleis num cruzamento com os conceitos veiculados pelo modelo de adaptação de Calista Roy, uma vez que um processo de transição eficaz só se efetiva pela capacidade de uma adaptação à nova situação que surge. O papel do enfermeiro neste processo, passa por ajudar a família a encontrar pontos de equilíbrio e estabilidade e

utilizar os recursos que ajudem na adaptação a esta nova fase (GAVAGHAN; CARROLL 2002). Fiz uma identificação das necessidades e dificuldades da família utilizando por base estes referenciais teóricos e elaborei um trabalho com metodologia de estudo de caso (apêndice I).

Optei por focar numa família que esteve muito presente no internamento, e que acompanhou o processo da sua familiar durante um período de tempo bastante prolongado, e que por esse motivo, atravessou diversos pontos de mudança e vivenciou diferentes períodos de transição. No trabalho referido para a intervenção de enfermagem com esta família, é feita uma pequena descrição da história da pessoa e a história da situação de doença que a trouxe para a UCI bem como os pontos mais importantes no internamento, na perspetiva da ansiedade e dificuldades que criou aos familiares. Considerei que estes momentos de crise seriam enquadrados numa transição saúde/doença, uma vez que se passa de um estado de bem-estar para um de doença, criando uma rutura com a vida anterior e com os papéis que a doente e a família desempenhavam em sociedade. Foram identificados enquanto eventos críticos nesta família os seguintes momentos:

- a situação de doença/admissão no hospital;
- o internamento na UCI/necessidade de ventilação mecânica;
- a manutenção do quadro clínico de instabilidade;
- a recuperação parcial do estado de saúde.

Pela enumeração destes acontecimentos se pode referir que a natureza da transição terá um padrão múltiplo e sequencial.

Pela observação do comportamento da família e da perceção de como a mesma vivenciava os diferentes momentos e como incorporava estas mudanças no funcionamento da família, foram mobilizadas ações de enfermagem em função das necessidades da família.

No primeiro evento crítico, situação de doença/admissão no hospital, é evidenciada a ansiedade que se baseia na mudança de um estado de saúde para um estado de doença aguda que despoleta a vinda ao hospital, associado à incerteza no diagnóstico e evolução clínica. O Internamento na UCI/ventilação mecânica foi indutor também de alguma ansiedade na família, e a imagem associada ao tecnicismo e índice de gravidade relacionado com o internamento numa UCI pode funcionar enquanto condição dificultadora para a família ultrapassar essa mudança. Nesta situação, o trabalho feito foi no sentido de conhecer a realidade percecionada pelos elementos da família, e neste sentido fiz o acolhimento desde o primeiro dia de internamento na UCI, criando momentos e espaços abertos para o esclarecimento de dúvidas, para escutar a família, mostrando a disponibilidade inerente a uma escuta ativa efetiva. No sentido de minimizar a ansiedade, também fez parte do processo a explicação de todo o ambiente que rodeava a doente, uma vez que está descrito na literatura que este cuidado favorece a desmistificação do ambiente de UCI o que ajuda na redução da ansiedade em relação aos equipamentos usados e aos procedimentos efetuados. (SAIOTE 2010) O próximo evento, manutenção do quadro clínico, esteve relacionado com o período

inicial de internamento, onde se observavam melhorias muito ténues e progressivas do estado clínico da doente. Para a família, observou-se que a vivência diária com esta situação gerava sentimentos de incerteza perante o diagnóstico, com o medo da perda e da morte. O prolongado internamento exigiu também uma reorganização nas dinâmicas desta família, nomeadamente em tarefas realizadas anteriormente pela doente, como o cuidar das netas depois da escola. A gestão deste processo de ansiedade facilitou, segundo o verbalizado pela filha da doente, numa capacidade aumentada para conseguir estabelecer esta reorganização. O tempo de internamento e as visitas diárias da doente são fundamentais para a sua recuperação, mas para isso é necessário promover algum envolvimento nos cuidados, evitando sentimentos de inutilidade por parte da família. Nas visitas efetuadas e assistidas, fui promovendo a família no processo de cuidar, através da comunicação não-verbal, através do toque, promover cuidados de conforto como a hidratação dos lábios, processos e gestos simples que promovem um envolvimento da família nos cuidados, sentindo que está a fazer parte da recuperação do doente. O último evento crítico identificado, recuperação parcial do estado de saúde, relaciona-se com a fase final do estágio nesta UCI onde se constatou uma melhoria do estado de saúde da doente, nomeadamente ao nível do estado de consciência, reagindo por períodos a alguns estímulos externos. Esta condição vem trazer à família alguma expectativa na sua recuperação. No cuidado a esta família, as ações passaram pela transmissão correta de informação sobre a doente, percecionando os avanços e recuos que iam sucedendo, dando um plano realista para a família. Estando mais desperta a doente, o envolvimento da família em termos da sua comunicação verbal e não-verbal foi potenciado, nomeadamente através de objetos de ligação à sua vida, como o terço, imagens de santos ou fotografias, sugestões que fizeram sentido para a família e doente.

Infelizmente, pelo terminar do estágio, não pude desenvolver mais os planos de enfermagem no processo de transição desta família, mas pela transmissão e apresentação de resultados que foi feita à equipa, julgo que deixei ferramentas para que este processo se continue com esta família e com situações futuras.

A transmissão e comunicação de resultados da prática de cuidados à equipa é uma competência do enfermeiro especialista e foi desenvolvida neste estágio através da apresentação das conclusões observadas na família na vivência do processo de transição. Utilizando uma metodologia de investigação como o estudo de caso, aplicada a uma situação particular, embora os resultados não possam ser generalizados, demonstram as implicações da investigação numa prática baseada na evidência.

Porque é importante desenvolver a investigação em enfermagem e em conformidade com as competências definidas para o enfermeiro especialista, foi adaptado este documento em formato de artigo (apêndice II) e submete-lo a uma revista de enfermagem portuguesa, da qual ainda aguardo aprovação para a sua publicação até à data de entrega deste relatório de estágio.

2.2 Modulo III- unidade de assistência domiciliária - cuidados paliativos

“You matter because you are you and you matter until the last moment of your life. We will do all we can, not only to help die peacefully, but also to live until you die”

(Cicely Saunders)

A frase acima transcrita serviu de ponto de partida para a reflexão sobre este segundo momento de estágio. Neste relatório decidi voltar a utiliza-la porque representa aquilo que sinto como mais marcante na aprendizagem decorrente desta experiência, o saber cuidar do doente em situação terminal até ao momento da sua morte, proporcionando a melhor qualidade de vida possível.

Neste subcapítulo é feita a descrição do estágio que decorreu na unidade de assistência domiciliária do IPO. Foi definido enquanto objectivo geral:

- ✓ Adquirir competências na área dos cuidados paliativos, no cuidado de enfermagem ao doente e família.

Neste sentido, são apresentadas as actividades desenvolvidas que se centram no desenvolvimento de competências de comunicação, mas que também envolvem outros pilares fundamentais dos cuidados paliativos como o controlo sintomático, o trabalho de equipa e o envolvimento da família. Neste último tema, são apresentadas as conclusões referentes ao trabalho desenvolvido com a família, utilizando novamente o referencial teórico da teoria das transições de Meleis.

A escolha deste estágio enquanto estágio de opção deveu-se ao facto de sentir, na minha prática profissional, algumas limitações no cuidar o doente em situação de terminalidade. É cada vez mais frequente o número de doentes que acabam por permanecer no hospital até ao momento da sua morte, associado ao número crescente de situações de doença crónica com evolução progressiva e ao consequente prolongar de internamento em hospital, muitas vezes relacionado com a incapacidade da família acompanhar o doente neste processo mas também por falta de estruturas de saúde que possibilitem este acompanhamento. Neste contexto, torna-se imperativo desenvolver respostas às necessidades destes doentes, promovendo o seu bem-estar e o das suas famílias. A escolha desta unidade em particular, deveu-se às suas características enquanto unidade de assistência domiciliária e também pela sua vertente de consultadoria a nível intra-hospitalar. Seria um projeto e uma área completamente diferente do que conhecia e que era distante do ambiente tecnicista que os outros locais de estágio envolviam, dando uma perspetiva diferente do cuidar em enfermagem.

Esta unidade está situada no edifício de residência de doentes do Instituto Português de oncologia de Lisboa. As suas atividades baseiam-se no apoio domiciliário que é feito aos doentes em situação de cuidados paliativos e às suas famílias, tendo também intervenção ao nível das consultas de cuidados paliativos, na equipa de gestão de altas (EGA) e enquanto equipa de suporte intra-hospitalar na área dos cuidados paliativos. Segundo o regulamento da rede nacional de cuidados continuados integrados, esta equipa tem por finalidade *“prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua atuação”* (DL nº101/06 Art. 25º)

A equipa é constituída por quatro enfermeiros, todos com formação na área dos cuidados paliativos, uma médica também com formação nesta área, uma administrativa e uma assistente operacional. Ao mesmo tempo, existe uma técnica de serviço social que acumula funções com a UAD e, sempre que necessário, recorre-se a outros profissionais de saúde, particularmente médicos nas diferentes áreas de especialização e apoio de psicologia e outros técnicos de saúde.

A dinâmica do serviço preenche-se por uma reunião diária de equipa médica e de enfermagem onde se discutem as situações de todos os doentes/famílias, abordando as suas necessidades específicas, intervenções necessárias e onde é feita diariamente a avaliação e resultados da abordagem que está a ser desempenhada pela equipa. Nestes momentos são partilhadas muitas vezes dúvidas e incertezas dos próprios profissionais de saúde, sobre situações com que lidam na sua prática de cuidados com amplos benefícios para o bem-estar e para o desenvolvimento do trabalho de equipa.

A UAD funciona com horário fixo das 8h às 16horas, todos os dias do ano, e é neste período que os diferentes elementos se dividem para cumprir os objetivos da equipa quer no apoio domiciliário, quer nas consultas quer no apoio intra-hospitalar. Dispõem de um telefone móvel que está disponível no período indicado para receberem contactos dos doentes/famílias sempre que estas necessitem, constituindo assim uma forma de ligação e de apoio às mesmas.

Entende-se por domicílio a *“residência particular ou estabelecimento ou a instituição onde habitualmente reside a pessoa”*. (DL nº101/2006 Art. 3º)

Os cuidados paliativos têm fundamentos bem sustentados e vêm trazer uma perspetiva aos cuidados de saúde, afastando-se da prática de cuidados biomédicos, direcionado para a vida e não para a morte como parte integrante desse percurso. Aceitam a morte como parte de um processo e não como uma “falha” na abordagem dos cuidados de saúde. (NEVES 2007)

A OMS refere-se aos cuidados paliativos enquanto cuidados prestados a doentes em situação de grande sofrimento decorrente de uma doença incurável, em fase avançada e progressiva,

que visa o bem-estar e qualidade de vida. O programa nacional de cuidados paliativos (PNCP) publicado pela DGS, define os cuidados paliativos como

“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais”. (PNCP, 2004, p.7)

A ação paliativa consiste na aplicação de medidas para o conjunto doente e família, que sem um propósito curativo, promovam o alívio do sofrimento do doente e a sua qualidade de vida. (PNCP 2004) Afasta-se da execução de medidas fúteis e desmesuradas que possam aumentar a angústia e sofrimento do doente e da sua família. Assentam portanto numa abordagem holística que contempla as múltiplas dimensões do cuidar, abrangendo diversos profissionais de saúde que trabalham em equipa para atingir este fim.

As equipas de cuidados paliativos domiciliários surgem para dar respostas eficazes aos doentes e suas famílias, permitindo que o seu processo final de vida ocorra no domicílio, quando assim o desejam. São consideradas funções básicas das equipas domiciliárias de suporte em cuidados paliativos a *“avaliação de sintomas, deteção de problemas psicossociais que o doente e família apresentam, trabalhando para a melhoria e/ou resolução desses problemas e simultaneamente providenciar apoio à família”*. (FERNANDES 2009, p.21)

São considerados enquanto pilares estruturais nos cuidados paliativos o controlo sintomático, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa. Segundo NETO (2010, p.6), qualquer uma destas áreas tem um nível igual de importância, e a intervenção em cuidados paliativos exige que os profissionais de saúde *“recebam treino rigoroso nas quatro áreas”*.

Partindo destes pressupostos foram desenvolvidos os objetivos de estágio, enquadrados nestas diferentes áreas de atuação e relacionados com as competências específicas que pretendia desenvolver neste contexto.

A comunicação, tal como foi referido no ponto anterior, é fundamental nos cuidados de enfermagem. Em cuidados paliativos, ganha uma importância muito significativa e é considerada uma estratégia terapêutica na intervenção da equipa de saúde com o doente e família no sofrimento associado a doença em fase terminal. Por este motivo, e pela vontade em continuar a desenvolver estratégias de comunicação em diferentes contextos, foi delineado enquanto objetivo de estágio:

A) DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO COM O DOENTE E FAMÍLIA EM CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Para a concretização deste objetivo, optei por utilizar uma estratégia pessoal para o desenvolvimento de competências de comunicação através de registo de interações. Como refere QUERIDO, SALAZAR e NETO (2010), as dificuldades inerentes à comunicação com doentes em fim de vida, só podem ser atenuadas pelo treino de competências de comunicação dos profissionais.

Nesta análise reflexiva de interação contei com a equipa de enfermagem, quer através de momentos mais informais em que questionava a utilização de uma determinada estratégia de comunicação para uma situação em particular, e depois de uma forma mais sistematizada, através de um diálogo transcrito, analisei criticamente a mesma, juntamente com a enfermeira orientadora sobre a adequação das técnicas utilizadas. Para a realização deste registo de interação, baseei-me também no trabalho de Fernando Sampaio, *Relação Pastoral de Ajuda* (SAMPAIO 2011). Esta análise permitiu compreender as minhas limitações e pontos a melhorar, mas também contribuiu para refletir sobre os aspetos mais positivos. A análise que foi efetuada, com a ajuda da enfermeira orientadora, permitiu perceber que a linguagem não-verbal utilizada teve um peso importante enquanto estratégia de comunicação utilizada e adequava-se ao contexto da mesma.

A interação (apêndice III) refere-se ao contacto com um cuidador de um doente com doença oncológica em fase terminal, numa altura em que o seu estado de saúde se agravou. A transcrição deste diálogo foi analisada contemplando não só as expressões verbais, como também a postura, os gestos, ou seja, a linguagem corporal e a expressão não-verbal utilizada por mim e pela cuidadora em reflexo do que ia acontecendo. A análise posterior desta interação fez pensar na dificuldade que sentia e os sentimentos que gerava à medida que a mesma ia decorrendo. Apesar de ser uma componente básica no cuidado de enfermagem, a comunicação é feita muitas vezes de forma intuitiva nos contextos de trabalho, não pondo em prática os princípios básicos de comunicação que verdadeiramente facilitem o alívio do sofrimento do doente e da sua família. (QUERIDO; SALAZAR; NETO 2010)

Esta interação teve particular importância para desenvolver competências de comunicação verbal, tendo feito uso principalmente dos princípios da escuta ativa, compreensão empática e feedback. Dos resultados desta análise saliento a utilização da escuta ativa, entendida como *“um processo complexo (...), essencial para a compreensão do doente, no sentido de apreender (...) os sentimentos relacionados com a linguagem verbal e não-verbal”*, (QUERIDO; SALAZAR; NETO 2010, p.466) e que na prática se concretizou pela escuta da mensagem do outro, a interpretação da mesma e a resposta adequada à mensagem transmitida. Foram respeitadas as palavras, os silêncios e as expressões não-verbais. Ao longo de uma interação tentei “pôr-me no lugar do outro”, analisando a experiência pela sua perspetiva, encontrando formas de capacitá-lo no desenvolvimento de estratégias de resolução dos problemas, pondo em prática a compreensão empática exigida no cuidado de enfermagem.

Relativamente às técnicas de comunicação verbal utilizadas, compreendi que utilizei frequentemente perguntas demasiado amplas ou pelo oposto, demasiado restritivas, dificultando em certa altura a continuidade da interação.

Nesta situação em particular o processo de relação de ajuda com a cuidadora foi baseado na congruência e autenticidade, reforçado pela comunicação não-verbal utilizada.

A comunicação não-verbal tem também grande importância no processo de comunicar e pode complementar a mensagem dita. (QUERIDO; SALAZAR; NETO 2010) Segundo as mesmas autoras, o tom e qualidade de voz, o olhar, o toque, a postura, a expressão facial são exemplos de formas de comunicação não-verbal. Durante a interação, usei um tom de voz calmo, sereno e pausado que transmitia alguma tranquilidade, ao mesmo tempo que mantive um contacto visual com a cuidadora, num mesmo nível, sem ser ameaçador nem inquiridor, mas num sentido de conforto, confiança e acima de tudo, de disponibilidade e respeito, não ultrapassando aquele que me pareceu ser um espaço que pudesse ser incómodo, mas quando me pareceu importante, usei o contacto físico através do toque reconfortante nos momentos em que a cuidadora me pareceu mais emocionada. Neste contexto, *“o toque, o contacto visual adequado e uma expressão facial reconfortante reforçarão a ideia de que o mensageiro quer ser empático”*. (QUERIDO; SALAZAR; NETO 2010)

O treino da comunicação é um processo que se deve investir diariamente, em diferentes contextos do cuidar. Neste estágio, este objetivo, concretizado pelo treino de interações e pelas diferentes abordagens durante o estágio, e corroborando com o referido pelos autores acima referidos, permitiu introduzir mudanças na forma como comunico, utilizando de forma mais consciente e não intuitiva, a comunicação adequada aos diferentes contextos.

O cuidar na perspetiva do enfermeiro especialista exige uma análise reflexiva sobre o processo de comunicar, o que foi possibilitado pela estratégia encontrada para atingir este objetivo

As dificuldades sentidas foram sendo atenuadas, através de um processo contínuo de reflexão e análise perante as diferentes situações na prática, à medida que ia desenvolvendo competências no processo de comunicação com o doente e família neste contexto. As diferenças que ia sentido na abordagem e interação desenvolviam alguma confiança e permitiram-me desempenhar o meu cuidar de forma mais adequada e especializada.

O desenvolvimento de técnicas de comunicação permite o relacionamento entre a pessoa doente, a sua família ou pessoas significativas e a equipa de saúde. Esta competência é transversal aos diferentes contextos da prática de enfermagem que se afirma também nas competências definidas pela OE para o enfermeiro especialista através da gestão da *“comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”*. (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2011, p.3) Este elevado nível de complexidade não tem que estar necessariamente agregado a um conceito de elevado nível tecnológico, mas porque o sofrimento só por si é uma situação de alta complexidade que exige uma adequada intervenção do enfermeiro.

A utilização da comunicação é fulcral para todo o processo terapêutico, caso contrário seria difícil chegarmos às famílias e perceber as suas dificuldades. Só após o estabelecimento de uma relação de proximidade é possível que a equipa consiga intervir e facilitar este processo transacional de saúde/doença.

Nos cuidados do domicílio, a equipa de saúde tenta dar resposta às necessidades e dificuldades dos doentes e das famílias, atuando no sentido de facilitar este processo de cuidar em situação de final de vida no domicílio. São os cuidadores que estão presentes em todo o processo de doença e que fornecem suporte físico e emocional importante, acompanhado o seu familiar ao longo dos vários momentos de crise e nas sucessivas perdas que alteram não só o nível de vida do doente, mas que têm também repercussões na vida da família. Esta situação é amplamente descrita em diferentes trabalhos de investigação que foram consultados e é consensual que a equipa deva definir intervenções específicas para os cuidadores e reconhece-los com necessidades próprias, o que tem benefícios na sua qualidade de vida e consequentemente no bem-estar da pessoa que se encontra em fase terminal da sua doença. (BLUM; SHERMAN 2010) Da mesma forma é referido no PNCP que *“a família deve ser ativamente incorporada no cuidados prestados aos doentes, e por sua vez, ser ela própria objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto”* (PNCP 2004, p.8)

Como foi referido, ao longo do processo de cuidar, doente e família vão passando por períodos de mudança e de crise. Nestas situações, a família dota-se de recursos internos e externos e de competências que permitam efetuar a transição para um novo ponto de equilíbrio e adaptar-se a essas mudanças. O ajustamento da família envolve não são as diferentes fases da doença como o confronto com as múltiplas mudanças que vão ocorrendo ao longo do processo, relacionado muitas vezes com deficits que a própria doença provoca, às necessidades físicas e emocionais que vão surgindo e também pela dificuldade que encontram em gerir o processo terapêutico da pessoa de quem cuidam. A família tem que gerir uma situação complexa e todas as alterações emocionais que essa mudança implica; tem que lidar simultaneamente com o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados físicos, emocionais e espirituais ao familiar doente, o que implica mudanças na sua vida profissional, pessoal e social. O processo de cuidar pode implicar necessidades específicas nas famílias que se relacionam muitas vezes com o controlo de sintomas, com as alterações físicas que a doença provoca no seu familiar, as alterações profissionais e sociais e das rotinas da família. (FERNANDES 2009; NEVES 2007)

A intervenção de enfermagem no processo de transição passa por conhecer os recursos da família, adequando formas e estratégias de resolução dos problemas indo de encontro às necessidades identificadas nas famílias e antecipando situações de crise que levem a um novo desequilíbrio na estrutura familiar.

Efetivamente, o cuidado no domicílio tem as particularidades inerentes ao facto de se estabelecer uma ligação com o doente e a sua família, num contexto longe do meio hospitalar, sem domínios de poder institucional, o que pode ser gerador de bem-estar para ambos.

Segundo o trabalho desenvolvido por NEVES (2007), a experiência do cuidar no domicílio pode ser extremamente gratificante e recompensadora para o doente/família, mas para isso é necessário um envolvimento da equipa de saúde no processo de cuidar, direcionado para todos os elementos, para que os cuidados se possam efetuar com a maior tranquilidade e bem-estar possível.

Fez sentido portanto desenvolver competências no cuidado à família enquanto enfermeira especialista, sendo desenvolvido o próximo objetivo específico:

B) CARACTERIZAR MOMENTOS DE TRANSIÇÃO DA FAMÍLIA/DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS NO DOMICÍLIO.

Em diferentes momentos ao longo do estágio, e partindo da teoria das transições de Afaf Meleis, identifiquei alguns eventos críticos ou momentos que despoletaram a mudança na família associados ao processo de doença do familiar, sobre os quais foi possível desenvolver uma intervenção mais específica, tentando compreender de que forma cada família mobiliza recursos e estratégias para os ultrapassar. Porque o tempo de estágio é limitado, foi novamente focada a intervenção numa família que acompanhei desde o início do estágio, que necessitava de visita domiciliária praticamente diária, e com a qual se estabeleceu uma maior relação de confiança, e foi feito um trabalho escrito relativo a esta abordagem (apêndice IV).

A identificação dos tipos e padrões de transição em famílias de doentes com doença oncológica é de alguma forma, intuitivo, mas é evidenciado por alguns estudos qualitativos que abordam as necessidades dos cuidadores em cuidados paliativos. (BLUM; SHERMAN 2010) Neste contexto, e de acordo com a teoria das transições de Meleis, considere novamente o tipo de transição saúde/doença, já que se relaciona com o impacto nas pessoas e suas famílias relacionado com acontecimentos transacionais como recuperação pós-operatória, infeção VIH ou cancro. (PINTO 2009)

Na situação desta família, as transições identificadas podem ser considerados de natureza múltipla, sequenciais e relacionadas. Múltipla uma vez que surge mais do que um evento crítico; sequenciais na medida em que vão surgindo situações críticas ao longo do processo de doença e relacionadas porque estão enquadradas num contexto bem definido. No entanto, porque os eventos não seguem sempre uma trajetória linear e vão ao longo do processo de doença sofrer altos e baixos, melhorias e agravamentos, poder-se-á dizer que poderão acontecer de forma simultânea. Os acontecimentos vão decorrendo durante o período de doença e não terminam imediatamente na morte do familiar, prolongando-se pelo momento de luto. Considerando que este conceito de tempo inerente à teoria de Meleis só termina quando é atingido o equilíbrio, assim se pressupõe que para cada mudança que se vai operando ao longo do processo de doença vão surgindo pontos de equilíbrio que podem ser novamente abalados quando outro acontecimento transacional suscita uma nova mudança, e este

equilíbrio vai ocorrendo em diferentes fases de todo o processo, num fluxo e movimento constante entre períodos de equilíbrio, desequilíbrio e novo equilíbrio.

Os momentos de crise identificados no período em que decorreu o estágio que provocam um processo de mudança estão em conformidade com as necessidades identificadas na família. Estas necessidades relacionavam-se com o cansaço evidenciado pela cuidadora associado às competências técnicas na assistência ao familiar doente, como os cuidados de higiene e alimentação. Para facilitar este processo, foram mobilizados os serviços sociais do IPO que providenciou o apoio técnico no domicílio para este propósito, diminuindo o nível de ansiedade da cuidadora.

Outra dificuldade identificada relacionava-se com o controlo sintomático do familiar doente. Esta dificuldade é evidenciada na literatura referindo que a incapacidade e impotência do cuidador perante o sofrimento de quem cuida é gerador de ansiedade e mal-estar não só para o doente mas também para a família. A colaboração da equipa de saúde nesta atividade pode ser facilitada por formas de “descomplexificar” o alívio de sintomas. Com este propósito realizei uma folha de registo sintomático que permitia que a família registasse a altura em que administrava medicação extra-horário para que a equipa pudesse ajustar a terapêutica e permitisse o maior bem-estar e alívio do sofrimento da pessoa doente e consequentemente do cuidador. A descrição desta atividade será abordada mais à frente neste capítulo.

O próximo momento relaciona-se com a vivência da família perante as alterações físicas, emocionais, de alterações de humor e de aumento de dependência da pessoa doente. Ao longo do processo de doença, vão necessariamente surgindo complicações no seu estado de saúde e foi verificado que se a família se sentir apoiada e informada sobre as fases do processo possíveis de ocorrer, terá maior facilidade em adaptar-se a esta mudança e ultrapassá-la, não surgindo de forma tão inesperada.

Também os papéis desempenhados social e profissionalmente são alterados não só para o doente mas também para a família, devido ao seu papel de cuidador. Nesta família foram evidenciadas alterações importantes na dinâmica da cuidadora e como tal, foram desenvolvidas estratégias que evitassem o seu isolamento e conduzissem a um stress emocional e à depressão. Neste caso, foram identificados recursos externos da cuidadora, nomeadamente familiares (dois filhos) e amigos e foi sugerida a sua ajuda para que substituíssem a cuidadora temporariamente, permitindo que pudesse sair de casa, passear, realizar atividades de lazer que habitualmente realizava. Esta intervenção permitiu que a cuidadora reencontrasse estrutura emocional para continuar a cuidar, tal como verbalizou numa das visitas, esta estratégia permitiu “ganhar energia e novas forças” (sic).

A proximidade da morte, associado ao agravamento do estado de saúde do familiar não é vivido sempre com grande tranquilidade, mesmo após o acompanhamento da equipa ao longo do processo. A família, em particular esta cuidadora, utilizava enquanto condição facilitadora da transição, as suas crenças, considerando a morte não como um fim em si mesmo, mas como uma continuidade. Foi importante criar espaço para a cuidadora verbalizar e expressar os seus

receios relativamente a este período, que se relacionavam com a forma como a morte poderia ocorrer, o que deveria fazer, o que tinha de tratar depois. Novamente a partilha de informação demonstra uma redução de ansiedade da família em relação ao medo do que pode acontecer.

Após a morte do familiar, surge um novo processo que está relacionado com a forma como o cuidador prossegue a sua vida e encontra um novo ponto de equilíbrio depois da rutura com a vida anterior. Traduz-se muitas vezes pela exclusividade com que o familiar dedicou a sua vida ao cuidado do outro e dá-se uma quebra neste percurso. O acompanhamento da equipa no apoio ao luto passa por compreender como se encontra o familiar, informar sobre alterações normais decorrentes do próprio processo nomeadamente ao nível do cansaço, da concentração. É importante novamente envolver outras pessoas significativas que sirvam de interlocutoras para a equipa de saúde de comportamentos que possam indiciar um processo patológico.

Na intervenção com esta família em particular, utilizando uma abordagem conceptual com a teoria das transições, foram desenvolvidas estratégias que facilitassem a vivência dos diferentes momentos de crise e a sua transição para um ponto de equilíbrio, acompanhando-a em alguns desses eventos críticos e tentando, com uso dos recursos internos e externos disponíveis, antecipar futuros eventos críticos que trouxessem mais instabilidade.

Como foi referido, uma das necessidades identificadas na família esteve relacionada com a dificuldade no controlo sintomático do doente. Perante este facto, foi delineado um objetivo que não tinha sido definido previamente e que consiste em:

C) FACILITAR O REGISTO DO CONTROLO SINTOMÁTICO DO DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS ATRAVÉS DO ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDAR.

Para desenvolver e concretizar este objetivo, foi feita pesquisa bibliográfica sobre o tema e construído um instrumento facilitador do registo de medicação efetuada em ambulatório, relativamente aos sintomas mais frequentes apresentados no domicílio e que necessitam de terapêutica extra à que está instituída de horário, vulgarmente conhecida como terapêutica em S.O.S.

O controlo sintomático é efetivamente uma das grandes preocupações dos cuidadores no domicílio. A família adota a responsabilidade neste papel, e o controlo sintomático deficiente pode ser gerador de mais ansiedade para quem cuida. (NEVES 2007) Neste sentido, a mesma autora refere que *“a identificação e monitorização de sintomas, orientação e gestão da terapêutica, contribui para que esta se sinta mais preparada para cuidar do seu familiar doente, gerindo melhor o stress provocado por esta situação”*. (NEVES 2007, p.58)

A primeira parte desta atividade consistiu na construção deste instrumento definindo quais os sintomas que deveriam ser colocados. Com base na bibliografia consultada e em reflexão com a equipa da UAD, foram escolhidos aqueles que são mais frequentes e que justificam uma intervenção com terapêutica extra-horário. Foram por isso colocados os seguintes sintomas:

dor, farfalheira, agitação, dificuldade respiratória e foi deixado um espaço em aberto para o familiar poder escrever outro sintoma que surja (apêndice V).

Para simplificar o registo, foram consideradas a data e hora de registo, o sintoma descrito, a medicação efetuada e a eficácia que a mesma teve, colocando duas respostas fechadas de melhoria ou não melhoria. A linguagem adaptada na tabela foi o mais simples e o mais perceptível possível para não gerar dúvidas na sua interpretação. Foi acrescentado ainda o nome da Unidade e do instrumento propriamente dito no cabeçalho do documento e no seu rodapé foi colocado o contexto de curso de mestrado em que o mesmo se desenvolve e a data em que se realizou.

Após apresentado o resultado final à equipa e feitas as alterações sugeridas pela mesma, a fase seguinte consistiu na sua aplicação para as famílias. A escolha dos doentes/famílias às quais ia ser entregue esta ferramenta foi feita em primeiro lugar satisfazendo o critério de se tratar de um doente que tivesse instituído no domicílio terapêutica em S.O.S., o que excluiu grande parte dos doentes que recebiam na altura apoio da UAD. Foi entregue a três famílias com características muito diferentes, não só ao nível da dinâmica familiar, mas também na forma de cuidar e de vivenciar o processo de cuidados.

Destas três famílias, apenas uma fez efetivamente uso desta ferramenta com sucesso e verbalizando alguns benefícios no seu uso, sobretudo para “não se esquecer da hora da administração” (sic) e porque desta forma conseguiria transmitir à equipa a informação correta para se poder gerir o esquema terapêutico e aliviar o sofrimento e dor. Nas outras duas situações, este instrumento não foi usado praticamente pelos cuidadores.

Da reflexão que faço relativamente à concretização deste objetivo, saliento que efetivamente os resultados não foram aqueles que esperava. Penso que o que facilitou o uso do instrumento na família em questão foi o facto de ter sido nesta família que foi identificada esta necessidade e foi com base nesta necessidade que generalizei para outras famílias. Além disso, neste caso em particular, o instrumento foi entregue deste o início do apoio domiciliário, ao contrário das outras famílias e cuidadores, que têm já bem definida a sua forma de fazer esta gestão sintomática, e como tal, não sentiram essa necessidade. Por outro lado, pelo acompanhamento feito com a família em particular e pelo facto de se ter estabelecido uma relação de maior proximidade e confiança, penso que terá tido efeito na recetibilidade da mesma para a introdução deste instrumento.

Este objetivo pretendia desenvolver um cuidado criativo para a resolução de um problema complexo e identificado na família, numa perspetiva do cuidar enquanto enfermeira especialista.

Como se pode compreender, o meu estágio nesta unidade centrou-se essencialmente na vertente do apoio domiciliário, no entanto, como referi no início, esta equipa inclui também a equipa de apoio intra-hospitalar, que também tive a oportunidade e acompanhar, neste caso apenas enquanto observadora.

O pedido de apoio a esta equipa é feito pelos serviços onde está internado o doente e perante esta solicitação, a equipa da UAD observa o doente, percebe junto dos colegas como tem estado e quais as dificuldades. Este apoio é, na maior parte dos casos para intervenções de alívio da dor e ajuste de terapêutica.

O que saliento desta experiência é a capacidade necessária da equipa conseguir “entrar” dentro dos outros serviços. É fundamental adotar aqui uma comunicação adequada, sem ser demasiado invasiva, demasiado crítica e não pondo em causa o trabalho dos colegas. Apesar de acontecer em meio intra-hospitalar, a equipa é inicialmente percecionada como “estranha” ao serviço onde vai fazer consultadoria. A abordagem tem que ser gradual, utilizando a comunicação e a gestão de conflitos como algo fundamental, com o objetivo de proporcionar bem-estar ao doente e familiares.

Ainda no contexto deste estágio, em sequência das experiências vividas, foi-me dada a oportunidade de partilhar a realidade que estava a vivenciar com os colegas da mesma especialidade, nas aulas de enfermagem em fim de vida, por convite da professora Marques da Gama. Sem um cariz demasiado formativo, tentei transmitir um pouco daquele que é o trabalho desta unidade, quer ao nível do apoio domiciliário quer enquanto equipa intra-hospitalar, partilhando as minhas vivências e de que forma a experiência deste estágio permite conhecer a realidade daquilo que são os cuidados paliativos e como essa experiência faz repensar a forma de cuidar e despertar os nossos pares para esta visão diferente, que se distancia de uma visão tecnicista e de enfermagem de emergência que tantas vezes prevalece.

De facto, as competências do enfermeiro especialista passam por analisar a sua prática de forma refletida e dessa reflexão emergem ideias e críticas à forma como se desenvolvem os cuidados. É através da análise reflexiva das experiências que se consegue transmitir aos outros a ideia de um trajeto e de um percurso de desenvolvimento de competências. Foi por isso interessante poder partilhar para os colegas que estão agora no início do percurso, as conquistas que se fazem e como a experiência dos cuidados paliativos altera a forma de olharmos o cuidar em enfermagem.

2.3 Modulo I- serviço de urgência central

Este capítulo apresenta as actividades e competências desenvolvidas no estágio que decorreu no serviço de urgência central do hospital de Santa Maria. Perante o contexto de estágio foi definido enquanto objetivo geral:

- ✓ Desenvolver competências na abordagem ao doente/família em situação crítica no serviço de urgência central

É feita a descrição do local de estágio, com a dinâmica que lhe é inerente e a intervenção do enfermeiro, nomeadamente a minha experiência em contexto da sala de observação e sala de reanimação. É feita também a apresentação da actividade desenvolvida em estágio relacionada com o papel do enfermeiro no cuidado ao doente com meningite do ponto de vista das medidas de isolamento, actividades esta que culminou com a apresentação de uma formação em serviço para a equipa de enfermagem. Por último é descrita a forma como desenvolvi o meu trabalho no acolhimento e acompanhamento da família, utilizando o referencial teórico que está na base de todo o relatório. Ao longo deste capítulo, consoante as actividades desenvolvidas, são apresentadas as competências que desenvolvi.

A escolha deste serviço para a realização de estágio relacionou-se com o facto de se tratar de uma urgência geral, polivalente, que recebe doentes com diferentes patologias. É um hospital com uma área de abrangência muito extensa, que inclui os doentes com área de residência em Lisboa, afetos ao Hospital de Santa Maria e ao Hospital Pulido Valente, ambos pertencentes ao Centro Hospital Lisboa Norte, EPE., mas por ser um hospital de referência em múltiplas especialidades clínicas, recebe também doentes transferidos de hospitais regionais de diferentes pontos do país. Por este motivo, as oportunidades em termos de aprendizagens seriam mais amplas o que facilitaria o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

O serviço de urgência divide-se na área de ambulatório, internamento, reanimação e bloco de urgência. Da unidade de ambulatório destaco os gabinetes de triagem, salas de tratamento, sala de pequena cirurgia, gabinetes médicos, sala de espera para realização de exames complementares de diagnóstico, sala de aerossóis onde são encaminhados os doentes com patologia respiratória com necessidade de aerossol ou oxigenoterapia. Do internamento faz parte a sala de observação composta por 16 camas. Existem ainda duas salas de reanimação, uma com capacidade para receber dois doentes simultaneamente, equipadas com ventilador mecânico e outra com espaço para um doente. A equipa é pluridisciplinar, composta por equipa médica, equipa de enfermagem com cerca de cem elementos, equipa de assistentes operacionais, administrativos, técnicos de serviço social e outros técnicos de saúde. Afecta a

este serviço de urgência central, está também o bloco operatório de urgência, como uma equipa própria mas que, quando necessário, mobiliza um enfermeiro da equipa do SUC para dar apoio no bloco de urgência.

Pelos objetivos estabelecidos e considerando as competências que pretendia desenvolver na prestação de cuidados ao doente e à família, o meu estágio centrou-se essencialmente na prestação de cuidados diretos na sala de observação (SO) e nas salas de reanimação.

Os primeiros objetivos definidos centram-se nos cuidados de enfermagem ao doente crítico, particularmente na sua abordagem em contexto das salas de observação e na sala de reanimação, permitindo:

A) DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NOS CUIDADOS DIRETOS AO DOENTE CRÍTICO COM PATOLOGIA DO FORO MÉDICO, INTERNADO EM SALA DE OBSERVAÇÃO (SO) E

B) DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NOS CUIDADOS IMEDIATOS AO DOENTE CRÍTICO EM SALA DE REANIMAÇÃO.

A minha prestação de cuidados em contexto de SO foi particularmente direcionada para o doente com patologia do foro médico porque foi esta a minha área de eleição e na qual demonstrei interesse em conversas informais com o orientador de estágio. Por isso, indo de encontro ao método de trabalho existente neste serviço de urgência, ficava responsável pelos doentes internados em SO nas primeiras unidades, porque é geralmente aqui que são internados os doentes com patologia médica em situação de maior instabilidade. Tendo em conta a complexidade das situações, inicialmente a minha abordagem era feita com uma supervisão mais próxima do orientador de estágio, progressivamente com o decorrer do mesmo, fui desenvolvendo uma autonomia crescente na prestação de cuidados diretos. Com a ajuda do orientador de estágio, associada a um investimento pessoal em pesquisas, estudo, em questionamentos constantes sobre as práticas, fundamentando-as na literatura disponível, fui-me gradualmente adaptando a esta realidade diferente e por vezes um pouco “alucinante” que é o serviço de urgência. A dinâmica do serviço, o agir rápido, o raciocínio técnico deste contexto, exige uma atuação rápida, fundamentada, antecipando muitas vezes sinais de gravidade no doente que está internado. São exigidos conhecimentos científicos sempre atualizados e um conhecimento rigoroso de tudo o que envolve a situação clínica do doente. A velocidade com que tudo acontece em SO é extraordinariamente mais rápida do que no ambiente de um serviço de internamento de medicina, como aquele em que desempenho funções, por isso também a adaptação a esta dinâmica foi feita de forma progressiva, baseada nos conhecimentos teórico-práticos que aí fui desenvolvendo.

Mais uma vez, é com base no desenvolvimento destas competências que o enfermeiro especialista consegue cumprir uma prática baseada na resolução de questões complexas, através da ligação entre os conhecimentos teóricos e fundamentação na investigação em

enfermagem com a componente técnica e operacional que permite cuidar do doente em situações crítica de forma autónoma.

Foi com bastante satisfação que constatei que à medida que o estágio ia decorrendo, ia conseguindo articular com a equipa multidisciplinar, com aprovação e reconhecimento pelos pares relativamente à minha prestação de cuidados.

Os cuidados ao doente em situação crítica no SO passam numa primeira abordagem pelo acolhimento à unidade, a monitorização hemodinâmica e a adequação da intervenção terapêutica em função da condição do doente e das suas necessidades de cuidados. Esta abordagem e a condição de maior instabilidade dos doentes, implica frequentemente tomadas de decisão, baseadas em conhecimentos técnico-científicos e uma adequada gestão e estabelecimento de prioridades nos cuidados.

Em contexto de SO, tive a possibilidade de acompanhar alguns doentes que me estavam atribuídos na realização de exames complementares de diagnóstico e na sua transferência para outros serviços do hospital. Nestas situações, a preocupação centrou-se na manutenção da segurança do doente durante o transporte, considerando também o seu conforto e o respeito pela privacidade. A transferência de doentes para outras unidades implicou o conhecimento da condição clínica do doente para a correta transmissão de informação para os colegas que o recebem. No transporte do doente fazíamos-nos sempre acompanhar de uma mala existente no serviço com medicação para situações de emergência.

Na sala de reanimação, local onde desempenhei funções em diversos turnos durante o decorrer do estágio, a minha prática foi baseada nos conhecimentos que adquiri durante a componente teórica do curso e baseada também na consulta das “guidelines” em vigor para as situações de reanimação, com a sua última publicação em 2010 pelo European Resuscitation council.

O cuidado de enfermagem em situações de emergência e reanimação, particularmente neste espaço, existe uma organização da equipa, em que cada elemento assume uma posição e funções próprias. Inicialmente num papel de observadora, tentei compreender como as indicações teóricas se refletiam na prática e como era definido o papel de cada elemento. Posteriormente, assumi eu um papel enquanto elemento integrado na equipa, participando na organização da mesma em situações em que eram necessária um intervenção emergente.

As situações de PCR com que me confrontei na prática não foram muito frequentes. Maioritariamente o acolhimento e abordagem ao doente nestas salas passou muito pela estabilização hemodinâmica, nomeadamente em casos de problemas do foro cardíaco ou respiratório, que geralmente precede o internamento em SO. Ainda assim, nas situações de maior complexidade, fui capaz de assumir o meu papel dentro da equipa, e participei no cuidado ao doente neste contexto. No final de cada situação, tive a oportunidade de realizar uma pequena reflexão sobre os momentos passados, analisando criticamente junto do enfermeiro orientador e outros elementos da equipa, o que poderia ter sido feito de forma

diferente e sistematizando e justificando tudo aquilo que tinha sido feito, o que permitiu compreender as dificuldades ainda sentidas, e melhorar a prestação de cuidados para situações futuras.

Na abordagem ao doente politraumatizado, assumi inicialmente um papel também de observação, fazendo o raciocínio entre a teoria e a prática, para posteriormente conseguir desempenhar um papel na equipa, chegando a desempenhar funções de liderança em procedimentos em que era exigida alguma coordenação da equipa, como nos procedimentos de mobilização e transferência de doentes e imobilização da coluna cervical.

Tive também a oportunidade de prestar cuidados a doentes ventilados que permaneciam na sala de reanimação até serem transferidos para uma unidade de cuidados intensivos, e para isso foram mobilizadas as competências que tinham sido desenvolvidos no estágio anteriormente realizado na UCIDI, particularmente no cuidado ao doente com necessidade de ventilação mecânica.

Ainda neste espaço, pude compreender e participar ativamente na abordagem ao doente que entra no SU pelo protocolo “via-verde AVC” que consiste num conjunto de ações coordenadas e sequenciais desenvolvidas pela equipa de saúde, cujo objetivo final é reduzir o tempo entre a entrada no hospital e o início do tratamento fibrinolítico.

O reconhecimento dos outros é feito pelas competências que veem em nós. Pude sentir por parte da equipa algum reconhecimento das minhas competências, neste caso, particularmente competências técnico-científicas pelos cuidados que fui desenvolvendo neste período. Enquanto aluna do curso de especialidade, as expectativas em relação ao nosso papel vão de encontro ao que contribuímos também no serviço para a melhoria das práticas de cuidados.

Neste sentido, em sequência de situações que ocorriam, foi identificada uma dificuldade na equipa para a qual tentei intervir no sentido de esclarecer dúvidas, baseando-me em evidências científicas e possibilitar um maior conhecimento da equipa que favorecesse a melhoria das práticas de enfermagem. Por reverem em mim competências desenvolvidas em contexto de estágio associada à experiência profissional na área de infecciologia, foi feito o esclarecimento sobre a abordagem ao doente com suspeita de meningite em contexto de serviço de urgência.

Em consequência, foi desenvolvido já em estágio um novo objetivo específico relacionado com:

C) CONTRIBUIR PARA A MELHORIA DE CUIDADOS E SEGURANÇA DO DOENTE/FAMÍLIA E EQUIPA DE SAÚDE NO CUIDADO PRESTADO AO DOENTE COM SUSPEITA DE MENINGITE NO SUC.

Para cumprir este objetivo, foi feita uma pesquisa no sentido de encontrar artigos de investigação que evidenciassem a utilização de medidas de isolamento em serviço de urgência. Esta pesquisa não teve muito sucesso na medida em que os artigos encontrados eram essencialmente relacionados com as medidas terapêuticas a instituir. Relativamente a

medidas de isolamento em situação de meningite, os artigos referiam-se sobretudo quando o diagnóstico já estava definido. Perante isto, recorri às normas internacionais publicadas pelo CDC (center for diseases control), cuja última publicação foi feita em 2007 e que dá indicações perante situações da prática em diferentes patologias com risco de transmissão. O maior desafio que se colocou foi a adaptação destas medidas para o contexto de serviço de urgência, particularmente para o SUC, uma vez que como referi, as medidas apresentadas no documento consultado são essencialmente direcionados em situações em que o agente infeccioso já está identificado. Em contexto de urgência, trabalha-se com base na suspeita de algum agente, o que se tornou um desafio ainda maior, mas que se tornou mais motivante e melhor recebido e reconhecido pela equipa. Para além deste documento, foram utilizadas ainda as recomendações emitidas pela comissão de controlo de infeção hospitalar do Hospital de Santa Maria, adaptando-as novamente à realidade do serviço de urgência.

A partilha das informações recolhidas foi feita de forma formal, com recurso a um discurso fundamentado, através de sessões de formação (guia/diapositivos da sessão no apêndice VI) que decorreram no próprio serviço abertas para toda a equipa de enfermagem. Houve necessidade de proceder à repetição da formação em dias diferentes para abranger o máximo de pessoas possível. Foi realizado no período de transição entre o turno da manhã e o da tarde, para facilitar que estivesse presente o maior número de elementos possível.

Nas sessões, foram apresentados conceitos muito gerais da meningite enquanto patologia, uma vez que não era esse o foco de atenção primordial deste trabalho, dando algumas noções em relação aos agentes mais frequentes, noções essas que justificassem as medidas que deveriam ser aplicadas. Posteriormente, foram apresentadas recomendações de como deveriam ser instituídas nas diferentes áreas do SU, nomeadamente, os gabinetes de triagem, as salas de espera, no transporte de doentes e na sala de observação. Foram escolhidos estes locais por ser os que levantam mais questões e que, pelo contacto que existe com outras pessoas, poderiam só por si aumentar o risco de infeção para os outros doentes. Na abordagem ao doente nos gabinetes de triagem, foi também evidenciada a forma como, utilizando o sistema de triagem de Manchester são verificados os sintomas e sinais característicos de meningite. Pretendia evidenciar que o através do próprio sistema de triagem se consegue ter uma suspeita destas situações e, segundo as recomendações do CDC, instituir medidas de imediato.

As medidas aplicadas estão relacionadas com o isolamento por gotículas, uma vez que nas situações de meningite, quando existe o risco de transmissão ele faz-se essencialmente pela transmissão por gotículas.

Na sequência da operacionalização deste objetivo, entreguei um documento orientador (apêndice VII) que apresenta a fundamentação teórica das conclusões apresentadas à equipa, com um quadro que sumariza estas mesmas intervenções e sugestões. Foi também sugerido no decurso da formação, a instituição em SO (por ser o local onde se efetua o internamento inicial, muitas vezes até para a realização de procedimentos, como a punção lombar), de um

dístico de informação (apêndice VIII) a colocar na unidade do doente que se encontra em isolamento, para ser mais fácil a perceção para os profissionais de saúde e para as famílias, que serão necessários cuidados especiais, o que vai de encontro ao que WILSON (2003) refere que *“através de avisos à entrada do quarto ou junto à cama do doente, pode indicar-se às visitas e aos profissionais (...) a existência de medidas especiais a respeitar”* (p.330)

No final da sessão formativa, foi entregue um documento de avaliação da sessão que elaborei, após sugestão do enfermeiro orientador (apêndice IX). Neste documento foram introduzidos parâmetros de avaliação que eram avaliados numa escala que se direccionava entre o Não satisfaz, satisfaz, bom e muito bom. Foi também deixado um espaço para sugestões e para compreender de que forma a formação poderia ter importância e utilidade no contexto da prática no SUC. Do ponto de vista estatístico, foram obtidos os seguintes dados:

Parâmetros de avaliação	Não satisfaz	Satisfaz	Bom	Muito Bom
Pertinência do tema da sessão		1	2	16
Aspectos abordados na sessão			5	14
Metodologia utilizada		1	9	9
Duração da sessão		1	5	13
Capacidade de apresentação do formador			6	13
Importância para os cuidados de enfermagem			3	16

Tabela 1: Resultados obtidos da avaliação da sessão formativa

Dos resultados obtidos considera-se que teve um efeito positivo, particularmente por se tratar de uma situação recorrente no SU, com a qual a maioria dos colegas já tinha contactado e por se ter direccionado para espaços e condições físicas concretas daquela urgência.

A realização e concretização deste objetivo permitiu não só instituir boas práticas de enfermagem neste âmbito em particular, mas também porque permitiu o desenvolvimento de competências definidas pela OE pelo enfermeiro na especialidade de enfermagem ao doente em situação crítica relacionadas com uma intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica.

Através da utilização dos conhecimentos e competências desenvolvidas pela minha prática profissional na área de infeciologia, foram fundamentadas as intervenções em documentos de referência, interpretando-as para uma nova realidade, e foi possível partilhá-las em equipa, desenvolvendo competências pessoais na área da formação em contextos de trabalho, promovendo na equipa uma prática fundamentada em resultados de investigação.

Os objetivos e atividades descritas até ao momento evidenciam diferentes áreas de atuação distintas do enfermeiro em contexto de serviço de urgência. Como refere RIBEIRO referindo-se a ALMINHAS (2007), a enfermagem de urgência pode ser definida enquanto a *“prestação de*

cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentam alterações da saúde física ou psíquica, percecionado ou real, não diagnosticadas ou que necessitam de intervenção". (RIBEIRO 2008, p.66)

O cuidado de enfermagem em serviço de urgência não se esgota na abordagem tecnicista e mecanizada que muitas vezes lhe é associada. Percebe-se cada vez mais que o envolvimento da família desempenha um papel importante não só para a diminuição da ansiedade do doente, mas também para permitir conhecer melhor a pessoa que cuidamos, através da informação única que a família pode fornecer. O conhecimento técnico-científico é essencial no cuidado de enfermagem em contexto de urgência, mas não é suficiente para um cuidado global ao doente, sendo fundamental o desenvolvimento paralelamente de competências relacionais e holísticas, para responderem de forma adequada às necessidades apresentadas pelo doente/família nos diversos momentos do ciclo de vida, no contexto das suas transições de saúde/doença.

Em contexto de urgência e emergência, a prioridade é dada à estabilização do doente, sobretudo quando está em risco a sua vida. A família acaba por ser muitas vezes esquecida, ou pelas limitações do tempo, ou pelas necessidades exigidas no cuidado ao próprio doente, ou por muitas vezes existir ainda dificuldade das equipas de saúde envolverem a família nos cuidados. É fundamental que a intervenção com a família exista e que seja o mais útil e terapêutica possível, com o objetivo de ajudar a vivenciar a experiência de crise, contribuir para a adaptação e novo equilíbrio. Considerando a transição enquanto um processo, o papel do enfermeiro passa pela identificação de diferentes pontos de vulnerabilidade, agindo em função das necessidades identificadas.

O ambiente do serviço de urgência só por si, associado à insegurança e medo em relação ao diagnóstico, provoca alguma angústia e ansiedade que é vivenciada não só pelo doente, como também pela família e pessoas significativas. É fundamental que se estabeleça uma relação de ajuda efetiva com o doente/família, *"minimizando o impacto que as particularidades do serviço de urgência lhes provocam"*. (RIBEIRO p.67) O ambiente tecnicista que tende a ser valorizado, não pode contribuir para negligenciar o estabelecimento de relações com os familiares. É aqui que se pode realmente destacar o papel do enfermeiro no seio da equipa multidisciplinar.

Foi neste sentido direcionado o próximo objetivo específico de estágio:

D) CARACTERIZAR E INTERVIR NOS MOMENTOS DE TRANSIÇÃO DA FAMÍLIA /DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SUC

Em serviço de urgência, o atendimento é feito em primeiro lugar para o doente, mas para a família, ter alguém querido com patologia grave que necessite deste tipo de serviço, causa também grande impacto e pode provocar um desequilíbrio emocional pela incerteza do diagnóstico.

O acompanhamento dos doentes em contexto de urgência está definido em regulamento próprio, com a última publicação em 2009, onde é reconhecido o direito a todo o cidadão que recorra ao serviço de urgência do Serviço nacional de saúde ter um acompanhante por si escolhido. (Lei nº 33/2009 de 14 julho, art.º 1.º) Neste sentido, os próprios serviços de urgência devem criar condições para que este acompanhamento se faça.

Focando-me numa área em particular do serviço, a sala de observação, uma vez que foi neste espaço que desenvolvi maioritariamente a minha atividade com a família, por ter sido neste local onde realizei mais turnos, foi preconizado recentemente horário de visitas para os familiares de doentes internados em SO. Este horário divide-se em dois tempos diferentes, um no período da manhã perto da hora de almoço, e outro no final do dia, tentando contemplar um horário pós-laboral. O enfermeiro que está no turno como coordenador de SO pede aos familiares para entrarem, acompanhando-os até junto do doente e avaliando as necessidades imediatas dos mesmos.

Considerando que o meu orientador de estágio teve esta função em alguns turnos, tive a oportunidade de fazer esta ligação entre os familiares e os doentes pelos quais era responsável, acompanhando-os até à unidade e promovendo um espaço para que pudessem tirar dúvidas e onde pudesse ser desde o início desmistificado o “aparato” que envolvia o ambiente do doente. Da bibliografia consultada relativamente ao cuidado do doente/família em situação crítica, apresentada no módulo de unidade de cuidados intensivos, sobrevém que uma das necessidades identificadas na família é a necessidade de informação, por outro lado, no cuidado ao doente em situação crítica, também a “desmistificação” do ambiente tecnicista que o envolve faz reduzir a ansiedade da família, daí a necessidade de fazer este acompanhamento.

À semelhança do que aconteceu em estágios anteriores, também neste contexto planeei uma abordagem à família com base na compreensão da vivência do processo de transição. Deste trabalho, saliento as intervenções e resultados de uma intervenção feita com uma família em particular. Tratava-se de um doente com doença oncológica e que no momento do internamento apresentava-se numa fase final da sua doença, tendo sido internado em contexto de dificuldade respiratória. Era uma pessoa já acamada no domicílio, com imobilidade total, mas do ponto de vista do estado de consciência não tinha alterações. No momento do internamento, o doente não conseguia comunicar verbalmente e estava prostrado, com respiração superficial e bradipneia.

Situações como esta, de doentes que são trazidos aos serviços de urgência por quadros de agudização da sua sintomatologia são cada vez mais frequentes, sobretudo relacionados com a incapacidade das famílias gerirem os sintomas, associada à ansiedade e às dificuldades que vão vivenciando enquanto cuidadores ao longo do processo de doença, tal como tinha sido verificado nas conclusões retiradas do estágio anterior.

Na situação acima referida, na abordagem ao doente/família, foram levantadas um conjunto de questões relacionadas com o que seria mais importante realizar em termos de cuidados de

enfermagem. Para este efeito, senti necessidade de, utilizando a minha experiência do estágio anterior em cuidados paliativos e as competências aí desenvolvidas, compreender quais as necessidades que as famílias apresentavam neste contexto em particular dos cuidados paliativos em serviço de urgência, e poder partilha-las com a restante equipa. O objetivo era sobretudo o de compreender de que forma se poderia cuidar melhor das famílias nesta situação, “olhando” para as suas necessidades. Esta é cada vez mais uma situação recorrente em serviços de urgência, associada ao aumento da longevidade, do envelhecimento e do aumento de doenças crónicas.

Perante a situação em concreto e com base na bibliografia consultada percebeu-se que seria importante para a família poder permanecer mais tempo junto do doente, poder contribuir para o seu conforto, o que passava por permitir um ambiente mais tranquilizador. O contexto de SO, pelos acontecimentos sucessivos que se vão passando é um local difícil para poder criar um espaço mais confortável. Pelas dificuldades da própria estrutura do SO, optou-se por transferir o doente para uma unidade no mesmo local mas mais tranquila, onde houvesse espaço para permanecer os familiares durante o tempo que necessitassem. Esta medida é referida como importante para alguns familiares (FIELD 2006) mas tem que ser bem avaliada, na medida em que o facto de ficar o doente num local mais resguardado da “azáfama” do SO, não pode implicar a diminuição da observação e não pode ser utilizado enquanto “esconder” de uma realidade dura o que poderia ser entendido para a família enquanto segregação do doente/família em fase terminal de vida. (BAILEY; MURPHY, POROCK 2011)

Ainda dentro do controlo do ambiente, verifiquei que para os familiares a imagem do monitor era um foco de ansiedade, situação que foi verbalizada pela filha do doente. Após contacto com os outros elementos da família, optei por direccionar o monitor para o lado de fora da cortina (para que o pudéssemos observar), diminuindo os ruídos dos alarmes. Assim, sobretudo a esposa do doente, conseguiu direccionar a sua completa atenção para o doente e não para o ambiente ruidoso que se fazia sentir e para os múltiplos traçados que se apresentam no monitor.

Mais uma vez, em conformidade com o descrito no módulo relativo à unidade de cuidados intensivos, a família tem necessidade de ser envolvida nos cuidados, em pequenas ações que as fazem sentir incluídas e úteis; têm necessidade de receber informação da equipa de saúde, sendo esta identificada como umas das maiores dificuldades na vivência dos familiares neste contexto. (SMITH [et al.] 2010)

Apesar de alguns resultados positivos que estas pequenas intervenções tiveram para o doente e família, foi frustrante para mim a dificuldade em envolver todos os profissionais de saúde na aplicação destas e outras ações de enfermagem, desvalorizando o benefício das mesmas e o seu propósito neste contexto. Ao mesmo tempo, o curto período de internamento não me permitiu fazer uma avaliação completa das necessidades da família, compreendendo os seus recursos internos e externos, os fatores facilitadores ou dificultadores que poderiam interferir neste processo de transição, reduzindo a minha caracterização e intervenção junto da família.

Nesta situação em particular, enquanto enfermeira especialista, o cuidado ao doente/família em contexto de SO teve características diferentes por se tratar de um cuidado paliativo com as especificidades que esse cuidado traz. Os resultados que tive necessidade de pesquisar sobre estratégias de adequação dos cuidados ao doente e família nesta condição especial em contexto de SU foram partilhados de forma informal com a equipa e foram utilizados em situações posteriores, com a preocupação de compreender as necessidades de cada um, e intervir em função das mesmas.

O cuidado à família em contexto de urgência demonstra-se por vezes difícil e com alguns obstáculos a transpor. Ainda assim, o meu papel enquanto enfermeira especialista passou por envolve-la nos cuidados e a transmissão aos pares foi feita através do exemplo e pela observação do efeito positivo que esse acompanhamento da família tinha para a própria, mas também para o bem-estar do doente.

3. Reflexões finais:

E chega o final de uma longa etapa...

Este relatório é uma narrativa com base na análise e reflexão do meu percurso ao longo das diferentes experiências de estágio, das vivências, das aprendizagens conseguidas, das conquistas alcançadas.

Ao longo do relatório procurei refletir sobre a pertinência dos objetivos que foram delineados, as atividades desenvolvidas e os resultados que foram obtidos com maior ou menor sucesso. Acredito que um percurso, indiferentemente do contexto atravessa altos e baixos, momentos com maiores ou menores dificuldades, mas o mais importante é aquilo que se ganha, o que se aprende, e o que permite crescer enquanto pessoa e enquanto profissional e neste caso, as competências que se desenvolvem enquanto enfermeiro especialista.

Os módulos de estágio foram efetivamente fundamentais para a aquisição de competências enquanto enfermeira especialista. Nestes períodos foram desenvolvidos os objetivos previamente definidos e foram construídos outros decorrentes das próprias situações da prática de cuidados e daquilo que percebia ser importante para este processo de crescimento e para o desenvolvimento de novas competências. Foi interessante perceber que, à medida que os estágios iam decorrendo e ia desenvolvendo novas competências, estas eram mobilizadas e partilhadas no meu local de trabalho, mas também nos contextos de estágio. Não foram três períodos estanques que decorreram de forma independente, mas criou-se espontaneamente alguma conectividade entre todos, utilizando as experiências passadas e as competências desenvolvidas para as melhorar ou para poder partilhar com os colegas.

Ao longo dos estágios centrei a minha atenção nos cuidados ao doente e à família, considerando a especificidade de cada contexto. Pude desenvolver uma prática de cuidados avançada através da articulação entre as competências técnico-científicas e competências relacionais, permitindo uma visão mais envolvente e abrangente dos cuidados de enfermagem.

Os diferentes momentos de estágio proporcionaram experiências muito distintas. Foram desenvolvidas competências técnicas, predominantemente relacionadas com o 'saber-fazer', numa perspetiva do cuidado em situações de maior instabilidade do doente, em que a sua situação de doença tinha um nível de gravidade elevado e risco de falência orgânica associado. Nestes contextos foi fundamental uma correta gestão dos cuidados, definição de prioridades, tomadas de decisão imediatas perante uma determinada situação, com base em conhecimentos técnico-científicos.

Mas foram desenvolvidas simultaneamente competências de comunicação e relacionais não só com o doente, mas também com a família, cuidando de ambos enquanto uma unidade

indissociável. Quer seja pelo ambiente tendencialmente mecanicista e tecnicista quer seja por contextos de elevado nível de sensibilidade no cuidar como nas situações de final de vida, um cuidar em enfermagem especializado necessita de englobar não só o doente, mas também a família ao longo dos processos de saúde/doença.

A prática de enfermagem baseada na intervenção no período transacional permite que o enfermeiro tenha conhecimento, identifique e antecipe momentos vivenciados enquanto eventos críticos que vão provocar um desequilíbrio na dinâmica doente/família. Perante esta caracterização, o enfermeiro pode intervir através de ações de enfermagem adequadas a cada situação em concreto, utilizando os recursos disponíveis, facilitando a vivência desta mudança e permitindo que se faça uma transição saudável para um novo ponto de equilíbrio.

Independentemente do módulo de estágio, as aprendizagens que foram sendo desenvolvidas e as competências adquiridas são resultado da concretização dos objetivos que estabeleci para cada período de estágio, e pela procura de mais conhecimento, pela partilha de dúvidas com os orientadores, com os colegas, pelo questionamento e reflexão constante sobre o papel do enfermeiro em cada momento do cuidar. Como refere HESBEEN (2001, p.64), “(...) a experiência por si só não gera conhecimento, necessita de ser refletida, discutida e conceptualizada”. É necessário encontrar na prática de cuidados as bases teóricas que fundamentam as nossas ações, e é fundamental encontrar na própria enfermagem os referenciais teóricos que orientem e sistematizem as intervenções para o doente/família nos diferentes contextos.

Fez sentido que, em contexto de desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista as minhas intervenções se fundamentassem em referenciais teóricos de enfermagem, otimizando os conceitos inerentes à teoria das transições aos diferentes contextos de estágio e consequentemente aos diferentes contextos de vida do doente/família.

Apesar dos resultados obtidos relativamente à caracterização da vivência dos períodos transacionais com as diferentes famílias não poderem ser generalizados, já que “o processo de transição é único, pelas variáveis pessoas e contextos, só é possível de ser compreendido na perspetiva de quem a experiencia” (MENDES, BASTOS, PAIVA 2010, p.8), mas podem funcionar como referência e justificar a importância do papel do enfermeiro. As transições saúde/doença, pela forma como são vivenciadas, tornam-se um processo de vivência individual, singular e portanto cada família e cada cuidador tem uma visão diferente de outros em todo o processo.

Infelizmente, os períodos de estágio são demasiado curtos para permitir fazer projetos e abordagens mais completas e inovadoras, sendo este o aspeto negativo desta unidade curricular.

O meu percurso permitiu-me evoluir gradualmente, adquirindo as competências que fui abordando ao longo do relatório, pautado pelo espírito de iniciativa de pro-atividade, de motivação e interesse pelo processo de aprendizagem. Senti que mesmo nos momentos de

maior dificuldade e quando o cansaço me limitava, cada conquista diária e a motivação que naturalmente tinha eram suficientes para continuar este projeto e tornar-me profissionalmente mais competente, mobilizando continuamente conhecimentos adquiridos com novos contextos e novas aprendizagens.

Colocar por escrito um percurso como este é por vezes muito complicado, por isso espero ter conseguido demonstrar através da descrição dos objetivos e atividades neste relatório, o caminho percorrido e de que forma consegui desenvolver e adquirir competências que vão de encontro às exigências propostas para o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

O enfermeiro especialista deve ter a capacidade de desenvolver um cuidado global que inclua o doente mas também a sua família e o ambiente e contexto que os envolvem. É por isso um cuidar complexo que inclui competências técnicas e relacionais, numa visão complexa e avançada que tornam o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica enquanto elemento de referência para a pessoa e família.

Foi de facto uma ‘viagem’ difícil, um projeto complexo, às vezes com períodos com maior dificuldade na gestão de papéis, enquanto aluna, enquanto profissional, enquanto pessoa, mas que valeu sem dúvida a pena o esforço e o investimento. Senti que este foi um período de ‘transformação’ profissional e pessoal, mas com uma gratificação extrema em toda a sua realização.

Recorrendo ao pensamento de Ernest Hemingway citado no início deste relatório, é muito gratificante poder dizer que cheguei ao fim deste percurso, mas acima de tudo, o que mais me enriquece e o que mais recordo foi tudo o que aprendi e o que vivi ao longo desta jornada...

Bibliografia:

AUSTIN, Donna – The psychophysiological effects of music therapy in intensive care units. **Paediatric nursing**. [s.l.]. vol.22, nº 3 (Abril 2010), p. 14-20.

BAILEY, Cara; MURPHY, Roger; POROCK, Davina – Trajectories of end-of-life care in the emergency department. **Annals of emergency medicine**. [s.l.]. vol.57, nº4 (Abril 2011), p. 362-369.

BENNER, Patricia – **De iniciado a perito**. Lisboa: Editora Quarteto, 2001. 294p.

BERGOLD, Leila; ALVIM, Neide; CABRAL, Ivone – O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando os enfermeiros com a dinâmica musical. **Contexto Enfermagem**. Florianópolis. vol.15, nº2 (Abril-Junho 2006), p.262-269.

BLUM, Kay; SHERMAN, Deborah – Understanding the experience of caregivers: a focus on transitions. **Seminars in oncology nursing**. [s.l.]. vol.26, nº4 (Novembro 2010), p.243-258.

CDC - **Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings** [em linha] Center for disease control and prevention (CDC). Junho de 2007. 219p. [consult. 24 janeiro 2012]. Disponível em www.cdc.gov.

CDC – **Meningitis** [em linha] Center for disease Control and prevention (CDC). 2009. [consult. 24 janeiro 2012]. Disponível em www.cdc.gov.

CHICK, Norma; MELEIS, Afaf - Transitions: A nursing concern. In CHINN, P; BOULDER, C. - **Nursing research methodology**. [s.n.]: Aspen Publication, 1986. p. 237-257.

COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO HOSPITAL (CCIH) – **Isolamento**. Recomendação nº1/2002. Hospital de Santa Maria. 2002. 6páginas.

DAVIDSON, Judy [et al] - Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. **Critical Care Medicine**. vol.35, nº2 (fevereiro 2007), p.605-22.

DELLINGER, R. Phillip – Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. **Intensive Care Medicine**. Vol.34, Nº1 (Janeiro 2008), p.17-60.

ENGSTRÖM; UUSITALO; ENGSTRÖM – Relatives' involvement in nursing care: A qualitative study describing critical care nurses' experiences. **Intensive and Critical care nursing**. vol. 27 (2010). p.1-9.

FERNANDES, J. – **Cuidar no domicílio. A sobrecarga do cuidador familiar**. [em linha] Dissertação realizada para a obtenção do grau de mestre em cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa, 2009. 155f. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt>

FIELD, Simon – End-of-life care in the emergency department. **Israeli Journal of emergency medicine** – vol.6, nº2 (Maio 2006). p.22-28.

GAVAGHAN, Susan; CARROL, Diane - Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. **Dimensions of critical care nursing**. Vol.21, nº2 (Março/Abril, 2002), p. 64-71.

HENNEMAN, Elizabeth; CARDIN, Suzette - Family-Centered Critical Care: A Practical Approach to Making It Happen. **Critical Care Nurse**. Vol. 22 (2002), p.12-19.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter - **Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva de cuidar**. Loures. Lusociência. 2001. ISBN 972-8383-20-7.

LUSTOSA, Maria Alice – A família do paciente internado. **Revista SBPH**. Rio de Janeiro. vol.10, nº1 (Junho 2007), p. 3-8.

MAAS, Tânia; ZAGONEL, Ivete – Transição de saúde-doença do ser adolescente hospitalizado. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba. Vol.10, nº2 (Maio/Agosto 2005), p. 68-75.

MAAS, Tânia - **O processo de transição do ser adolescente hospitalizado com doença crónica sob a ótica da enfermagem** [em linha]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2006. Disponível em: www.ppgenf.ufpr.br.

MELEIS, Afaf [et al.] – Experiencing Transitions: An emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science**. vol.23, nº1, 2000, p.12-28.

MELEIS, Afaf - **Theoretical Nursing: Development & Progress**. 3.^a ed. Philadelphia: Lippincott, 2005.

MENDES, Anabela; BASTOS, Fernanda; PAIVA, Abel – A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. III^a Série – nº2 (Dezembro 2010), p. 7-16.

NETO, Isabel – Modelos de controlo sintomático In BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª edição. Núcleo de cuidados paliativos da Faculdade de Medicina da universidade de Lisboa, Lisboa, 2010. P61-68.

NEVES, Sandra – **Impacto no cuidador principal, do cuidado ao doente paliativo no domicílio**. [em linha] Dissertação realizada para a obtenção do grau de mestre em cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina. Universidade Nova de Lisboa, 2007. 235f. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt>

ORDEM DOS ENFERMEIROS-1 - **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. Regulamento n.º122/201. Diário da República, II série. N.º35 (2011-02-18).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica**. Regulamento n.º124/2011. Diário da República, II série. N.º35 (2011-02-18).

PAES DA SILVA, Maria; ARAÚJO, Mónica; PUGGINA, Ana - Humanização em UTI. In: PADILHA [et al.] - **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. Barueri: Manole, 2010, p. 1324-1366.

PEREIRA, Carina – **A vivência da morte de um familiar no serviço de urgência: contributos da enfermagem**. Dissertação realizada para a obtenção do grau de mestre em ciências de enfermagem. Porto: Instituto de ciências biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto, 2010. 148f.

PNCP- **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. Despacho ministerial de 15-06-2004.

PINTO, M. - **As vivências experienciadas pelas mulheres mastectomizadas: conhecer e compreender para cuidar** [em linha]. Porto: Instituto de ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto, 2009. 182f. Disponível em: www.repositorio-aberto.up.pt.

QUERIDO, Ana; SALAZAR, Helena; NETO Isabel - Comunicação. In BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª edição. Núcleo de cuidados paliativos da Faculdade de Medicina da universidade de Lisboa. Lisboa, 2010. p.461-486.

REPE- **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros** (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro)

RIBEIRO, Norberto – **Satisfação dos utentes face ao cuidar pelos enfermeiros no serviço de urgência de Machico**. Trabalho final do curso de pós-graduação em urgência e emergência hospitalar. Funchal: Universidade Atlântica. 2008. 202f.

ROSÁRIO, Elsa – **Comunicação e cuidados de saúde. Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos**. Dissertação realizada para a obtenção do grau de mestre em comunicação em saúde. Lisboa: universidade aberta, 2009. 176f.

SAIOTE, Elisabete - **A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos** [em linha]. Lisboa: ISCTE, 2010. 106f. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/2613>

SAMPAIO, Fernando – **Relação Pastoral de Ajuda, boas práticas no acompanhamento espiritual de doentes**. Lisboa. Universidade Católica Editora, 2011.

SERRANO, Pedro – **Redacção e apresentação de trabalhos científicos**. Relógio d'água editores. 2004. 359p.

SMITH; [et al.] – Emergency department experiences of acutely symptomatic patients with terminal illness and their family caregiver. **Journal of pain and symptom management**. Vol.39, nº 6 (Junho 2010), p. 972-981.

SILVA, Abel– **“Enfermagem Avançada”: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina**. Servir. Lisboa. Vol. 55, nº 1-2 (Janeiro/Abril 2007), p. 11-20.

SOARES, Márcio – Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na Unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo. Vol.19, nº4 (Outubro-Dezembro 2007), p.481-484.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - **Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**, Instituto de Ciências da Saúde. Sintra: ICS-UCP, 2011. 6p.

URDEN, L.; STACY, K.; LOUGH, M. – **Enfermagem de cuidados intensivos- diagnóstico e intervenção**. 5ª edição. Lisboa: Lusodidacta, 2008.

VAN HORN, Elizabeth; KAUTZ, Donald - Promotion of family integrity in the acute care setting. A review of the literature. **Dimensions of critical care nursing**. vol. 26, nº3 (Maio/Junho 2007), p.101-107.

WILSON, Jennie – Cuidar do doente infectado In WILSON, Jennie - **Controlo de Infecção na prática clínica**. 2ª edição. Lisboa: Lusociência, 2003, p. 323- 348.

WONG, H.; LOPEZ-NAHAS, V.; MOLASSIOTIS, A. – Effects of music therapy on anxiety in ventilator-depedent patients. **Heart & Lung**. Hong Kong. vol 30, nº5 (Setembro/outubro 2001). p.376-387.

ZINN, Gabriela; PAES da SILVA, Maria; TELLES, Sandra – Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. **Revista Latino-Americana de enfermagem**. vol.11, nº3 (Maio-Junho 2003), p.326-332.

Legislação:

- DECRETO-LEI nº 101/2006. **D.R. 1ª Série-A** (2006-06-06) 3856-3865. (regulamenta a rede nacional de cuidados continuados)
- LEI nº33/2009 **D.R. 1ª Série**. 134 (2009-07-14) 4467. (regulamenta o direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS))

APÊNDICES:

Apêndice I: Estudo de caso:

“A transição da família numa UCI: O enfermeiro no processo de adaptação”



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

A transição da família numa UCI: O enfermeiro no processo de adaptação

- Experiência do cuidar da família na UCI -

Trabalho realizado no contexto do
estágio da especialidade de
enfermagem médico-cirúrgica –
modulo II- Unidade de cuidados
Intensivos

Realizado por:

Carla Sanches (nº 192010099)

Orientador de estágio:

Enfª Dilar Costa

Professora orientadora:

Professora Marques da Gama

Lisboa, Julho de 2011

Índice geral

1. Introdução:.....	2
2. O papel do enfermeiro no processo de transição – enquadramento teórico:	4
3. Enquadramento situacional do doente e família:.....	10
4. O processo de transição na família – intervenções para a adaptação eficaz:	12
5. Conclusão	17
6. Bibliografia	18

Índice de tabelas

Tabela 1 - Enumeração dos eventos críticos.....	12
Tabela 2 - Enumeração dos eventos críticos, comportamentos observados e intervenções de enfermagem.....	13

1. Introdução:

No contexto do estágio de enfermagem médico-cirúrgica – modulo II - Unidade de cuidados intensivos, que se está a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos de doenças infecciosas do Hospital de Santa Maria, foi delineado o projecto de estágio com base na questão transversal da vivência dos processos de transição saúde/doença na perspectiva da família, traduzida pela questão: **A transição da família numa UCI: O enfermeiro no processo de adaptação.**

No decorrer do estágio, através dos momentos de contacto com os familiares dos doentes internados na unidade, percebeu-se que avaliar e identificar necessidades da família e os diferentes momentos de transição pode revelar-se de grande importância e pode funcionar como base na construção do processo de enfermagem e nas actividades de enfermagem, o que pode facilitar o processo de transição e contribuir para uma eficaz adaptação da família a uma nova situação.

Com este propósito, pareceu interessante realizar um trabalho que pudesse espelhar a forma como a transição do processo de saúde/doença é vivenciado pela família, identificando as suas necessidades, sistematizando as intervenções de enfermagem e a sua respectiva avaliação. Assim, optou-se por focar numa família que está muito presente no internamento, e que tem acompanhado o processo da sua familiar durante um período de tempo bastante prolongado, e que por esse motivo, atravessou diversos pontos de mudança e vivenciou diferentes períodos de transição. Os resultados das avaliações feitas não podem ser generalizados para outras situações, uma vez que *“o processo de transição é único, pelas variáveis pessoas e contextos, só é possível de ser compreendido na perspectiva de quem a experiencia”* (MENDES, BASTOS, PAIVA 2010, p.8), mas podem funcionar como referência e justificar a importância do papel do enfermeiro. As transições saúde/doença, pela forma como são vivenciadas, tornam-se um processo de vivência individual, singular, e portanto cada família e cada prestador de cuidados tem uma visão diferente de outros em todo este processo.

Assim, após leitura de alguma bibliografia, fez sentido que o foco deste estudo fosse uma família em particular e que, com base nos conceitos emergentes da teoria das transições de Afaf Meleis e no modelo de adaptação de Calista Roy, fosse possível compreender a

forma como a família vive o processo de transição, que mecanismos utiliza para ultrapassar esses eventos críticos e de que forma se adapta.

Do ponto de vista de pesquisa bibliográfica foi necessário fazer uma revisão teórica sobre a teoria das transições desenvolvida por Meleis de forma a compreender os conceitos que a teórica identificou e a sua relação e aplicabilidade nas avaliações que foram sendo feitas à família. Paralelamente, foi necessário recorrer a outros referenciais teóricos cujos conceitos pudessem orientar e fundamentar as actividades de enfermagem. Por isso foi escolhido o modelo teórico de Calista Roy, o que implicou também realizar pesquisa bibliográfica sobre os conceitos e pressupostos desta teoria, sobre a sua aplicabilidade na prática e a forma como a enfermagem pode utilizar os contributos enquanto facilitador do processo de transição e adaptação. Para além dos contributos teóricos, foi necessário também colher de forma informal, contributos dados pela família em relação às suas vivências e também dados retirados das observações feitas pelo enfermeiro.

As referências bibliográficas apresentadas foram, sempre que possível baseadas em artigos e livros actualizados, embora houvesse necessidade de recorrer a bibliografia anterior, por considerar que seria uma bibliografia de referência.

Numa primeira parte será apresentado um capítulo referente ao enquadramento teórico abordando os conceitos mais importantes que dele emergem e que vão justificar a adequação do trabalho num contexto de estágio da especialidade. Posteriormente é feita uma caracterização da família em função das alterações ocorridas pelo internamento de um elemento da família, cujo nome fictício atribuído foi 'Maria', e de momentos considerados importantes no decorrer do internamento. Por último, será apresentada a avaliação de enfermagem relativamente à família, mobilizando os conceitos decorrentes dos dois referenciais teóricos referidos.

Define-se assim como objectivo principal deste trabalho compreender a intervenção do enfermeiro com a família de uma pessoa internada na Unidade de cuidados intensivos, enquanto facilitador do processo de transição e adaptação.

2. O papel do enfermeiro no processo de transição – enquadramento teórico:

O cuidar em enfermagem envolve não unicamente um indivíduo, mas também o seu contexto de família e o seu ambiente. Como refere SOARES (2007), o cuidado dos familiares é uma parte integrante dos cuidados que se direccionam para o doente internado, particularmente numa Unidade de Cuidados Intensivos. O cuidar da família e a atenção que deve ser dada aos familiares de doentes internados deve ser gerador de bem-estar em todos os elementos, facilita a forma como estes interagem com o familiar doente e interfere nas respostas do doente e na melhoria da sua condição de saúde ou aumento da sua tranquilidade. A pessoa doente pode ser considerada uma parte fundamental da família e a ligação entre ambos é de grande importância na sua recuperação (FONTES, FERREIRA, 2009). Para as mesmas autoras, as estratégias de cuidado direccionadas para a família, proporcionam maior satisfação dos mesmos, maior bem-estar e por isso, para que *“as famílias cumpram o seu papel de suporte ao paciente, também elas precisam de suporte para as suas necessidades físicas e emocionais”* (p. 36).

Enquanto especialista em enfermagem médico-cirúrgica, o enfermeiro adquire um conjunto de competências que foram definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Dessas competências estão incluídas não só intervenções de enfermagem direccionadas exclusivamente para o doente em situação crítica mas também incluem a *“família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011, p. 8656). Faz portanto sentido que num contexto de estágio de especialidade o cuidado de enfermagem esteja direccionado para além do doente individualmente, contemplando o seu contexto familiar e que a atenção do enfermeiro seja verdadeiramente abrangente, com uma visão e uma reflexão mais ampla sobre os cuidados, diferenciando-se nos cuidados realizados pela sua excelência. Altera-se a visão do enfermeiro relacionada com o modelo tradicional de cuidados centrados exclusivamente no doente, para um modelo mais amplo que inclui também a família no centro dos cuidados de enfermagem.

Os diferentes elementos do contexto da pessoa hospitalizada estão inter-relacionados e o efeito de uma das partes afecta a outra (MAAS, 2006). A pessoa internada está interligada num ambiente que a envolve como salienta a Ordem dos Enfermeiros quando refere, relativamente aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, que na prática de cuidados, os enfermeiros necessitam de orientar a sua intervenção para o conjunto pessoa/ambiente (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002, p.7).

A família pode ser vista como interdependente, interagindo dinamicamente entre cada elemento de tal forma que as mudanças que ocorrem num elemento alteram o sistema da família (VAN HORN, KAUTZ, 2007). Assim, a hospitalização é considerada um momento de crise que afecta não só a pessoa internada mas também os restantes membros da família. A família de um doente que é hospitalizado passa por um processo de transição de uma situação de saúde do seu familiar para outra situação em que a pessoa é internada e se encontra numa situação de doença. Independentemente da dinâmica familiar, a família de uma pessoa internada sofre um processo de ruptura com o estilo de vida anterior, uma mudança que não era esperada, cria-se uma situação de crise, de medo do imprevisto, o que origina uma transição significativa (LUSTOSA, 2007). Para a mesma autora, a crise pode provocar mudanças inesperadas no ciclo da vida, o que interfere não só com a vida da pessoa internada, mas também com a dos seus familiares, criando um ambiente familiar de *“sofrimento interno, aumento da ansiedade, medo do desconhecido e apreensão quanto às decisões a tomar e situações a enfrentar”* (LUSTOSA, 2007, p.5).

Quando o internamento hospitalar ocorre numa Unidade de Cuidados Intensivos, aumenta ainda mais os níveis de ansiedade da família, até porque geralmente ocorre de forma inesperada, o que implica um curto período de tempo para o ajustamento familiar (MARTINS [et al], 2008). Por outro lado, os conceitos e imagens atribuídas a uma unidade de cuidados intensivos são associados a situações de maior gravidade, de maior instabilidade e com maior risco de vida.

Nos seus trabalhos, Meleis e colaboradores (MELEIS [et al], 2000) propõem que o conceito de transição deverá ser um conceito central em enfermagem já que o contacto entre a pessoa/família com os enfermeiros surge frequentemente em períodos transaccionais e de instabilidade que se relacionam com mudanças situacionais, de desenvolvimento e de saúde/doença (PINTO, 2009 em referência ao trabalho de Schumacher & Meleis, 1994). São identificados portanto quatro tipos principais de transições: desenvolvimento,

situacionais, de saúde/doença e organizacionais. Independentemente do tipo de transição, esta pode ser caracterizada como uma *“passagem, ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, que implica um processo, uma direcção e alterações em padrões fundamentais da vida”* (PINTO, 2009, p. 73).

A enfermagem, enquanto ciência que se dedica ao cuidado humano, pode influenciar os processos de transição se for definida e organizada uma intervenção adequada com base nas reais necessidades do doente ou família (MENDES, BASTOS, PAIVA, 2010).

Para uma adequada intervenção é importante conhecer as ideias desenvolvidas com base no conceito de transição. Na teoria de médio alcance desenvolvida por Meleis e colaboradores (2000), ficou definido, além dos tipos de transições identificados, que uma transição apresenta padrões na sua natureza que se constroem numa espécie de dicotomia, ou seja, podem ser únicas ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas, relacionadas ou não relacionadas; foram identificadas também nos diferentes tipos de transições, um conjunto de propriedades como a consciência, o envolvimento, mudanças e diferenças, períodos de transição ao longo da vida e pontos críticos ou eventos críticos. Estas propriedades das transições podem estar interligadas e apresentam-se como características fundamentais no processo de transição. Para uma pessoa/família poder atravessar de forma eficaz um processo de transição e atingir um nível de bem-estar, é necessário que tenha consciência e percepção de que está a acontecer uma mudança que pode levar a uma transição na sua vida. Sem esta consciencialização, não é possível existir um envolvimento com a mudança e a transição não se pode concretizar de forma eficaz. Considerando-a um processo, a transição implica uma noção de período de tempo, de continuidade, é a passagem de uma fase da vida para outra. O início e o fim não surgem de forma simultânea (CHICK e MELEIS, 1986) e durante este período podem existir diversos pontos de transição, momentos de crise sobre os quais incide a intervenção de enfermagem e cujo objectivo é ultrapassá-los e adaptar-se a uma nova condição de forma a alcançar o bem-estar da família.

Existem condições na pessoa/família que podem interferir de forma mais ou menos positiva na transição, como sendo as próprias características pessoais (os significados, as crenças, o estatuto socioeconómico e o conhecimento que dispõem sobre a situação). Paralelamente, a existência de recursos na sociedade ou da comunidade também interfere na forma como o processo é vivenciado (MELEIS [et al], 2000).

A intervenção do enfermeiro no processo de transição está relacionada com o conhecimento do tipo de transição pela qual a pessoa/família atravessa e quais os recursos pessoais e externos que podem ser mobilizados de forma a facilitar o processo de transição. Existem, de acordo com o que foi estruturado na teoria das transições, padrões de resposta que indicam se o processo de transição está a ser eficaz como sendo o sentir-se ligado, interagir, localizar-se, desenvolver confiança e adaptar-se; e também padrões de resposta que são indicadores de resultado como a mestria, a capacidade e a independência (MELEIS [et al], 2000). Os padrões de resposta surgem pelo comportamento observável ou não observável durante o processo de transição (CHICK e MELEIS, 1986), e sobre os quais o enfermeiro deve estar atento para compreender como está a ser vivido o processo.

Uma boa resposta ao período de transição pode ser evidenciada, segundo PINTO (2009) por uma correcta integração dessa mudança, consciencializando-se da sua ocorrência, a incorporação da mudança na sua vida e a adaptação para uma vida ou dinâmica de vida diferente. Por isso, CHICK e MELEIS (1986, p. 244) e PINTO (2009) coincidem na ideia que sendo considerado um conceito central em enfermagem, o conceito de transição está facilmente ligado a outras teorias de enfermagem, nomeadamente com as que enfatizam o conceito de adaptação, como o modelo de adaptação de Callista Roy. O papel do enfermeiro no processo de transição permite que a pessoa/família façam uma eficaz adaptação ao seu novo papel e possa ter um processo de vida com maior bem-estar. Tal como refere MASS (2006), só quando ocorre uma adaptação a uma nova situação é que se poderá considerar que existiu uma transição. A adaptação é considerado um processo individual e a adaptação à situação de doença um processo contínuo em que *“cada mudança importante (...) requer futuras adaptações físicas, emocionais e sociais, tanto para o individuo como para a família”* (MAAS, 2006, p. 25). De acordo com a teoria de Roy, a enfermagem é precisamente *“a ciência e a prática que expande capacidades de adaptação e melhora a transformação ambiental e da pessoa”* (PHILLIPS, 2004, p. 307). No mesmo trabalho é evidenciado o papel do enfermeiro enquanto agente que actua no sentido de melhorar a interacção da pessoa com o ambiente para promover uma adaptação mais saudável. Entenda-se por receptor de cuidados uma pessoa, a sua família, a comunidade ou a sociedade (BRANDALIZE e ZAGONEL, 2006) que compõem o sistema que Roy aplica na sua teoria, ou seja, um conjunto de partes interligadas para funcionar como um todo, com um determinado objectivo. Cada parte do sistema interage com as

restantes e influenciam-se mutuamente (BRANDALIZE e ZAGONEL, 2006). De acordo com estas autoras, referindo-se à teoria de Roy, em cada sistema há um conjunto de estímulos que podem ser focais (*“confrontam a pessoa imediatamente”*), contextuais (*“são todos os outros estímulos do mundo externo e interno (...) identificados como uma influência positiva ou negativa sobre a situação”*) ou residuais (*“factores internos e externos cujos efeitos são marcantes na pessoa que vivencia determinada situação”*) (BRANDALIZE e ZAGONEL, 2006, p. 266-267) e que criam no receptor de cuidados uma determinada resposta. Fazendo um paralelo com a teoria das transições de Meleis, os eventos críticos que influenciam a necessidade de mudança podem ser considerados como os estímulos que interferem na necessidade de nova adaptação da pessoa/família, de acordo com o referido no modelo de adaptação de Roy. As mesmas autoras referem ainda que todas estas condições que influenciam o padrão de resposta na pessoa/família constituem aquilo que Roy considera ser o ambiente. De acordo com a mesma teoria, a saúde é o processo que se constitui por respostas adaptativas que são concretizadas dentro de quatro modelos de adaptação diferentes: modo fisiológico (respostas físicas); Modo do auto conceito, relacionado com a integridade psíquica; modo de função do papel, que identifica a interacção social da pessoa; e o modo de interdependência, relacionado com as necessidades afectivas (PHILLIPS, 2004).

Segundo a teoria de Roy, uma situação de doença crítica provoca uma disrupção na vida da família. Esta disrupção implica um período de ajustamento, denominado de processo compensatório que resulta numa adaptação que pode ser positiva ou negativa, completa ou incompleta dependendo de como decorreu o período de ajustamento (DAVIDSON, 2009).

Num processo de uma família de um doente internado em Unidade de Cuidados intensivos, surgem diversos pontos de transição e eventos críticos a que o familiar está exposto desde o início da transição e são necessárias estratégias para se adaptar à nova situação. A família perante esta nova situação, terá que encontrar novos pontos de equilíbrio, estabilidade e precisa de encontrar novos recursos que ajudem na adaptação a esta nova fase (GAVAGHAN e CARROLL, 2002).

Na acção do enfermeiro, não é a transição em si que deve ser o centro de atenção, mas sim a forma como a pessoa se ajusta a essa transição e se adapta (BRANDALIZE e ZAGONEL, 2006). O conhecimento dos diferentes estímulos permite que o enfermeiro

actue de acordo com as necessidades da família. É da conexão desses estímulos que emerge a adaptabilidade e que surge uma resposta adaptativa que permite realizar um processo de transição mais saudável. Para ajudar a família num momento de crise, o enfermeiro deve promover a adaptação através de intervenções adequadas que promovam o funcionamento familiar. Esta intervenção é considerada uma abordagem primordial durante o período de crise gerado pela hospitalização de uma pessoa numa unidade de cuidados intensivos (GAVAGHAN e CARROLL, 2002). É através da intervenção de enfermagem que se poderá ajudar a família a gerir as suas emoções decorrentes da situação de doença do familiar e a adoptar estratégias de coping que tenham um efeito efectivo de mudança e adaptação (VAN HORN e KAUTZ, 2007). Se o processo de adaptação não se realizar de forma efectiva e positiva, mais dificilmente a família terá capacidade para ajudar também o familiar doente na sua recuperação durante este período de crise. É também por este motivo que se torna tão importante a intervenção do enfermeiro com a família do doente internado.

3. Enquadramento situacional do doente e família:

Para se compreender a forma como a família vivenciou o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos, torna-se necessário descrever, embora de forma sumária, a história da doente e os acontecimentos que foram decorrendo desde o momento em que se dirige ao hospital, durante o internamento até ao momento actual. Esta descrição não pretende ter um elevado nível de aprofundamento do ponto de vista clínico da situação de doença, mas antes apresentar as situações que, na avaliação de enfermagem, justificam os momentos de transição pelos quais a família teve que passar.

História da Maria:

- A Maria tem 72 anos de idade, leucodérmica e reside em Lisboa.
- É viúva, vive sozinha tendo o suporte familiar dos dois filhos.
- Tem antecedentes clínicos de hipertensão arterial e mieloma múltiplo, seguida em consulta de hematologia.
- Autónoma nas actividades de vida diária (AVD).
- É reformada e ocupa-se dos dois netos.

História de doença:

A 26 de Abril inicia quadro de cefaleias e febre.

A 29 de Abril é encontrada pela filha caída no chão e com alterações do estado de consciência. É transportada ao hospital da área de residência. Fica internada com o diagnóstico de meningite bacteriana no serviço de medicina. Por agravamento do estado clínico (Score Coma de Glasgow 3) resultante do quadro de meningite, pois de acordo com a literatura, a meningite não tratada nas primeiras horas de instauração do processo infeccioso leva a um estado de coma e mesmo de morte (LEIB e TÄUBER, 1999).

No caso da Maria houve uma evolução para um estado comatoso com necessidade de ser transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos.

No internamento na Unidade de Cuidados Intensivos, foi submetida a ventilação mecânica. Após cerca de três semanas é desconectada de prótese ventilatória, mantendo o tubo-oro-traqueal e com necessidade de aporte de Oxigénio.

Foi feita tentativa de extubação oro-traqueal, tendo sido necessário ser entubada novamente por dificuldade respiratória, sem nova necessidade de adaptação a ventilação mecânica.

Decorrente do estado de consciência, houve a necessidade de realizar traqueostomia a 7 de Junho que mantém.

Progressivamente registou melhoria do estado de consciência, com percepção sensorial mantida mas sem resposta motora. Apresenta total dependência na realização das AVD.

Inicia fisioterapia no internamento.

Diariamente recebe a visita dos filhos que se tem revelado positiva na recuperação da doente. Simultaneamente é feito um contacto telefónico diário da filha para o serviço.

4. O processo de transição na família – intervenções para a adaptação eficaz:

Do que foi exposto anteriormente, a avaliação da família sobre a qual se entrevistou será aqui apresentada, tendo por base os conceitos referentes à teoria das transições de Meleis e ao modelo de adaptação de Callista Roy.

Na história da Maria, o foco principal serão as transições de saúde/doença, uma vez que se trata de uma situação em que a pessoa doente que anteriormente era autónoma nas actividades de vida e com um papel desempenhado na família e na comunidade, tem uma ruptura com a sua vida anterior para um estado de doença despoletado por uma situação aguda, inesperada e não previsível. Considerando a transição como um processo e não um acontecimento único e considerando as propriedades universais de transição, pode-se afirmar que esta família atravessa um processo de transição que teve início com a recorrência ao serviço de urgência do hospital e que ainda se mantém durante o internamento.

Da história da Maria ressalta vários eventos críticos relacionados com a mudança da condição de saúde e consequente alteração do desempenho de papéis, com necessidade de integrar as mudanças na dinâmica familiar.

De acordo com Meleis, o processo de transição decorre da presença de eventos críticos. Na história da Maria identificaram-se vários acontecimentos os quais se apresentam na tabela seguinte:

Eventos críticos	Situação de doença/admissão no hospital
	Internamento na UCI/ventilação mecânica
	Manutenção do quadro clínico
	Recuperação parcial do estado de saúde

Tabela 1 - Enumeração dos eventos críticos.

Pela ocorrência dos eventos críticos se compreende que a natureza da transição da família terá um padrão múltiplo e sequencial, uma vez que ao longo do processo de transição foram ocorrendo diversos momentos de crise que pressupõem novas adaptações.

Face aos eventos críticos identificados, foram observados comportamentos da família e mobilizadas acções de enfermagem em resposta às estratégias desenvolvidas pela família na incorporação das transições no funcionamento familiar, porquanto a intervenção do enfermeiro no processo de transição permite que a família faça uma eficaz adaptação ao seu novo papel e possa ter um processo de vida com maior bem-estar (MAAS, 2006).

Os padrões de resposta surgem da observação do comportamento durante o processo de transição (CHICK e MELEIS, 1986) e sobre os quais o enfermeiro deve incidir a seu foco de atenção.

Eventos críticos	Comportamentos	Intervenções de enfermagem
Situação de doença/admissão no hospital	Ansiedade: Choro, tremor e inquietação	Gerir ansiedade
Internamento na UCI/ventilação mecânica	Questionamentos constantes sobre o estado clínico e tratamento da mãe	Estabelecer comunicação.
Manutenção do quadro clínico	Verbaliza sentir-se impotente face à situação; Verbaliza incerteza face ao prognóstico	Parceria nos cuidados
Recuperação parcial do estado de saúde	Revela sentir-se confiante face à evolução do estado de saúde da mãe	Promover esperança realista e optimismo

Tabela 2 - Enumeração dos eventos críticos, comportamentos observados e intervenções de enfermagem.

A '*Situação de doença/admissão no hospital*' constitui por si só factor de ansiedade e angústia para o doente e familiares. Por um lado o processo de doença significa uma mudança física na pessoa doente e esta condição provoca na família incerteza sobre a evolução e tratamento com a dúvida da necessidade de internamento (SAIOTE, 2010). No caso da Maria, a família mostrava-se apreensiva face à situação, com ansiedade manifestada por choro, tremores e inquietação. Paralelamente, foi referido pela filha da Maria algum sentimento de culpa despoletado por terem ignorado a sintomatologia da doente e a situação ter-se agravado. A necessidade de internamento vem agravar ainda mais este sentimento de culpa, sobretudo quando são informados da transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos.

Relativamente ao *'Internamento na UCI/ventilação mecânica'* e com base na teoria das transições de Meleis, o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos poderá representar uma condição de transição dificultadora devido à complexidade que envolve o ambiente e a gravidade do doente. As Unidades de cuidados intensivos são unidades de alta complexidade que geram entre os familiares e doentes medo e insegurança associada à avançada tecnologia, às situações de emergência, aos sons monótonos e frequentes dos alarmes e à rotina da própria unidade (LEMOS e ROSSI, 2002).

Neste sentido, é importante considerar as dificuldades dos familiares sobretudo em relação ao medo do desconhecido, da morte, da capacidade para enfrentar a doença e a possível incapacitação que esta pode provocar. Por conseguinte, o cuidado de enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos não deverá ficar limitado à pessoa doente mas deve englobar os familiares que também são clientes e necessitam de cuidados para enfrentar a experiência de hospitalização (SILVA e CONTRIM, 2007).

No caso da Maria, o internamento na UCI revelou-se gerador de ansiedade na família. A necessidade de ventilação mecânica e o agravamento do estado de consciência provocaram na família momentos de fragilidade emocional e de crise, resultante do impacto da situação clínica do familiar doente e do próprio ambiente da unidade. Na gestão da ansiedade experienciada pela família é crucial o enfermeiro acolher a família, ou seja, tentar compreender o que dizem que se traduz por saber escutar (SILVA e CONTRIM, 2007), fornecer informação ou o simples facto de se mostrar disponível e estar presente contribui para reduzir/aliviar a ansiedade vivida pela família.

A família necessitou de questionar, receber informação relacionada com o internamento e com a situação clínica do familiar. Associado a esta insegurança face ao diagnóstico, também interferem nos padrões de resposta da família as crenças relacionadas com a Unidade de Cuidados Intensivos, com a visão estereotipada do local, associada à ideia de gravidade e morte (SCHNEIDER [et al], 2008). Por conseguinte faz sentido conhecer as crenças da família para conseguir esclarecer e desmistificar o ambiente da UCI, contribuindo para a redução da ansiedade. Para a família é importante obter alguma informação sobre os equipamentos usados e os procedimentos efectuados (SAIOTE, 2010).

No que respeita à *'manutenção do quadro clínico'*, a Maria ao longo do internamento, não evidenciou um processo recuperação conforme o esperado num quadro de meningite. As alterações observadas ficaram limitadas à abertura espontânea dos olhos, movimentos de

mastigação e bocejo e discretos movimentos dos quatro membros (flexão dos dedos pés e mãos). Para a família, a vivência diária com esta condição gerou sensação de impotência e incerteza perante o prognóstico. A percepção da não evolução do estado de saúde da Maria cria na família sensação de perda e medo da morte. A ideia de agravamento clínico e tempo prolongado de permanência no internamento, provocou um sentimento de desesperança e diminuição da confiança numa eventual recuperação.

A incerteza sobre a evolução e o tratamento, torna a família mais susceptível a perturbações psicológicas podendo provocar disrupção social com necessidade de reorganização do seu quotidiano (SAIOTE, 2010). Na situação da Maria, a filha teve necessidade de reorganizar as suas rotinas diárias, uma vez que era a Maria que cuidava dos netos. A gestão de ansiedade no internamento facilita a capacidade da família de se reorganizar.

Estar presente revela-se uma acção crucial na redução da sobrecarga emocional que a situação desperta na família (HIGGINS e JOYCE, 2007). A família pode contribuir para a recuperação da pessoa doente mas necessita de ser orientada sobre o que está a acontecer com o familiar, ser acolhida e ser cuidada. É necessário dar informações precisas, certificando-se que a família as compreende, promover a participação da família na tomada de decisões (SILVEIRA [et al], 2005) e envolve-la nos cuidados. O enfermeiro deve esclarecer a família sobre de que forma pode participar nos cuidados para a verdadeiramente envolver no processo. Esta participação nos cuidados à pessoa internada pode ser algo muito simples que não exige conhecimento aprofundado na área da saúde.

No caso da família da Maria, tentou-se compreender e conhecer alguns interesses da pessoa doente para facilitar o seu internamento. Foi solicitada que trouxesse fotografias dos netos que pela história da doente seriam pessoas com um grande nível de importância na sua vida. Durante a visita, além do acompanhamento feito aos familiares e no espaço e tempo dado para esclarecem dúvidas, foi incentivada a família a fazer pequenos gestos como o tocar a doente, aplicar batom para hidratar os lábios. Todos estes pequenos gestos fazem com que a família se sinta mais envolvida nos cuidados e faz com que sinta que está a fazer parte do processo de recuperação do seu familiar doente. (LESKE, 2002)

Quanto à '*Recuperação parcial do estado de saúde*', a '*pequena*' melhoria do estado da doente criou na família confiança e segurança. A interacção estabelecida entre a Maria e a família aumentou as expectativas de ambas em relação ao futuro. A atitude positiva da

Maria e família facilitou a adaptação ao processo de transição que se traduz pela participação activa nos cuidados. Tal situação leva-nos a considerar crucial a inclusão da família nos cuidados e considera-la um elemento potencializador na recuperação da pessoa doente (SILVEIRA [et al], 2005).

Concorda-se com a OE quando descreve que uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica é a de ter conhecimentos na gestão da ansiedade e do medo vividos pelos familiares (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011).

Está descrito na literatura (DAVIDSON [et al], 2007) que os níveis de stress da família aumentam quando as suas necessidades não são consideradas pela equipa de saúde. Deste modo a família deve ser sempre informada das mudanças ocorridas no estado clínico da pessoa doente, devem ser facilitadas as visitas ao familiar doente e idealmente, deveria existir um elemento de referência na equipa de saúde para a família.

A este propósito, a OE (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011) define como competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, habilidades e estratégias de comunicação perante a família e o doente em situação crítica.

5. Conclusão

O enfermeiro é o profissional de saúde presente durante mais tempo que os restantes profissionais, e com isso consegue ter um contacto próximo com a pessoa doente e com os familiares, o que o proporciona uma melhor perspectiva da forma como a família vivencia o processo de doença e como ultrapassa as mudanças que vão ocorrendo. Como tal, por esta proximidade e esta oportunidade, o enfermeiro pode ser um elemento facilitador do processo de transição.

Apesar de estar descrito em inúmeros documentos as necessidades da família de um doente internado numa unidade de cuidados intensivos, a avaliação das necessidades da família e a organização de um processo de enfermagem que inclua a família é um processo complexo, dinâmico, que está constantemente em actualização de forma a responder sempre às necessidades do doente e família. É um processo que exige um “*continuum*” de tempo, e que deve ser mantido até ao momento da alta do doente e deve assegurar a continuidade dos cuidados.

Assim sendo, faz sentido que as equipas estejam disponíveis para o envolvimento das famílias no cuidado de enfermagem, tornando-as parte do processo. É também importante que, de forma sistematizada, sejam identificados os estímulos e os eventos críticos que afectam a família para o enfermeiro conseguir intervir adequadamente nas necessidades da família, enquanto facilitador do processo de transição.

Para esta abordagem sistematizada, é necessário recorrer a referenciais teóricos de acordo com os contextos da prática, pois só desta forma se produz conhecimento em enfermagem e permite um cuidado consolidado. Como refere MAAS e ZAGONEL (2005), a utilização de referenciais teóricos auxilia o fortalecimento da prática e a visibilidade do enfermeiro, além de permitir a reflexão crítico-creativa e gerar novos dados. Nesta situação, a aplicação de conceitos teóricos na prática facilita a sistematização de intervenções de enfermagem e a avaliação das necessidades da família de forma organizada e mais eficaz. É esta ligação entre a prática e a teoria de enfermagem que faz do enfermeiro especialista um elemento vital na prestação de cuidados em enfermagem.

Deste modo a presença de um enfermeiro especialista sobretudo na área da pessoa em situação crítica, constitui uma mais-valia para a pessoa e família, na gestão do stress e na adaptação do doente/família aos acontecimentos vividos durante o internamento.

O enfermeiro pode promover no familiar as suas potencialidades enquanto cuidador e permitir que este se envolva nos cuidados de enfermagem.

6. Bibliografia

- BRANDALIZE, Daniele; ZAGONEL, Ivete - Um marco conceitual para o cuidado ao familiar da criança com cardiopatia congénita à luz da teoria de Roy. **Cogitare Enfermagem**. Vol.11, Nº3 (Setembro/Dezembro 2006), p. 264-270
- CHICK Norma; MELEIS Afaf - Transitions: A nursing concern. In CHINN, P; BOULDER, C. - **Nursing research methodology**. [s.n.]: Aspen Publication, 1986.
- DAVIDSON, Judy [et al] - Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. **Critical Care Medicine** Vol. 35, Nº2 (Fevereiro 2007), p.605-22.
- DAVIDSON, Judy – Family-centered Care: Meeting the needs of patients’ families and helping families adapt to critical illness. **Critical Care Nurse**. Vol.29,, Nº3 (Junho 2009), p. 28-34.
- DAVIDSON, Judy - Facilitated sensemaking: A strategy and new middle-range theory to support families of intensive care unit patients. **Critical Care Nurse**. Vol.30, Nº6 (Dezembro 2010), p. 28-39.
- FONTES, Ana Isabel; FERREIRA, Andreia - Do outro lado da porta: falar com a família numa Unidade de Cuidados Intensivos. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. Nº85 (Julho 2009), p. 33-38.
- GAVAGHAN, Susan; CARROL, Diane - Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. **Dimensions of critical care nursing**. Vol21, Nº2 (Março/Abril, 2002), p. 64-71.
- HENNEMAN, Elizabeth; CARDIN, Suzette – Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. **Critical Care Nurse**. California. Vol.22, Nº6 (Dezembro 2002), p.12-19.

- HIGGINS, Isabel; JOYCE, Terry – The immediate needs of relatives during the hospitalisation of acutely ill older relatives. **Contemporary Nurse**. Vol.26, Nº2 (Outubro 2007), p. 208-220.
- KINRADE, Trish; JACKSON, Alun; TOMNAY, Jane – The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives. **Australian journal of advanced nursing**. Vol.27, Nº1, p. 82-88.
- LEIB, S.; TÄUBER, M. - Acute and chronic meningitis. In: ARMSTRONG D.; COHEN, J. - **Infectious Diseases**. London: Harcourt Publishers Ltd., 1999, p. 15.2-15.12.
- LEMOS, R.; ROSSI, L. - O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Revista Latino-Americana de enfermagem**. Vol.10, Nº3 (Maio-Junho 2002), p.345-357.
- LESKE, Jane – *Interventions to decrease family anxiety*. **Critical Care Nurse**. Vol.22, Nº6 (Dezembro 2002), p. 61-65.
- LUSTOSA, Maria Alice – A família do paciente internado. **Revista SBPH**. Rio de Janeiro. Vol.10, Nº1 (Junho 2007), p. 3-8.
- MAAS, Tânia - **O processo de transição do ser adolescente hospitalizado com doença crónica sob a ótica da enfermagem** [em linha]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2006. Disponível em: www.ppgenf.ufpr.br.
- MARTINS, Josiane [et al] – O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional [em linha]. **Revista electrónica de enfermagem**. Vol.10, Nº4, 2008, p. 1091-110. [Consul. 9 Junho 2011]. Disponível em www.fen.ufg.br.
- MELEIS, Afaf [et al] – Experiencing Transitions: An emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science**. Vol.23, Nº1, 2000, p.12-28.
- MELEIS, Afaf - **Theoretical Nursing: Development & Progress**. 3.^a ed. Philadelphia: Lippincott, 2005.
- MENDES, Anabela; BASTOS, Fernanda; PAIVA, Abel – A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. III^a Série – nº2 (Dezembro 2010), p. 7-16.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica**. Regulamento n.º124/2011. Diário da República, II série. Nº35 (2011-02-18).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem. **Divulgar**. (Setembro 2002).
- PHILLIPS, Kenneth – Modelo de Adaptação: Irmã Callista Roy. In ALLIGOOD, Martha; TOMEY Ann – **Teóricas de enfermagem e a sua obra**. Lusodidacta, 2004.
- PINTO, M. - **As vivências experienciadas pelas mulheres mastectomizadas: conhecer e compreender para cuidar** [em linha]. Porto: Instituto de ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto, 2009. 182f. Disponível em: www.repositorio-aberto.up.pt.
- SAIOTE, E. - **A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos** [em linha]. Lisboa: ISCTE, 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/2613>
- SCHNEIDER, Dulcinéia [et al] - Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto Contexto Enfermagem**. Vol.17, Nº1 (Janeiro-Março 2008), p.81-89.
- SILVA, Natalia; CONTRIM, Ligia - Orientações do enfermeiro dirigidas aos familiares dos pacientes internados na UTI no momento da visita. **Arq. Ciências Saúde**. Vol.14, Nº3 (Julho- Setembro 2007), p.148-152.
- SILVEIRA, Rosemary [et al] - Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis. Vol.14 (2005), p.125-130.
- SOARES, Márcio – Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na Unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo. Vol19, nº4 (Outubro-Dezembro 2007), p.481-484.
- VAN HORN, Elizabeth; KAUTZ, Donald - Promotion of family integrity in the acute care setting. A review of the literature. **Dimensions of critical care nursing**. Vol. 26, Nº3 (Maio/Junho 2007), p.101-107.

Apêndice II:

Artigo enviado para a revista Nursing:

As transições da família numa Unidade de Cuidados Intensivos: O enfermeiro e os processos de transição: A experiência do cuidar de um familiar.

The transitions of the family in the Intensive Care Unit: The nurse and the transitional processes. The experience of caring for a family.

Carla Sofia Sanches¹; Dilar Costa²; Georgeana Marques da Gama³

¹ Mestranda em Enfermagem de natureza profissional na Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa

² Doutoranda em Enfermagem pela Universidade de Lisboa. Lisboa

³ Doutoranda em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa

Resumo: O internamento de uma pessoa na Unidade de Cuidados Intensivos é gerador de grande ansiedade para a pessoa doente e família. A intervenção do enfermeiro passa pela adequação da sua acção para o doente e seus familiares. Considerando os conceitos veiculados pela teoria das transições de Meleis e pelo modelo de adaptação de Callista Roy, o enfermeiro é o elemento facilitador no processo de transição. Trata-se de um estudo de caso de uma doente internada numa Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital central, realizado no contexto de estágio do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. Incidiu-se no processo de transição saúde/doença da família fundamentado na teoria de Meleis. Globalmente verificou-se a importância da intervenção do enfermeiro na promoção dos processos adaptativos em resposta às necessidades humanas da família.

Descritores: Transição, Unidade de Cuidados Intensivos, família, adaptação.

Abstract: The internment of a person in the Intensive Care Unit generates high anxiety for the sick person and family. The intervention of the nurse has to go through the adequacy of its action for the patient and their families. Considering the concepts conveyed by Meleis' transitions theory and the adaptation model of Callista Roy, the nurse is the facilitator in the process of transition. This is a case study of a patient in a hospital in intensive care unit of a central hospital, performed in the context of the stage master's degree in medical-surgical nursing. Focused on the family transition process health/disease based on the theory of Meleis. Globally, we verified the importance of nursing intervention in promoting adaptive processes in response to human needs of the family.

Key -words: Transitions, Adaptation, Intensive Care Unit, Family

INTRODUÇÃO

O cuidar da pessoa doente, alicerça-se na tríade doente/família e enfermeiro. Por conseguinte, o cuidar da família da pessoa hospitalizada deve ser gerador de bem-estar psico-emocional e facilitador do ajustamento do núcleo familiar ao processo de doença.

O cuidado direccionado para a família proporciona maior satisfação, maior bem-estar, e para que *“as famílias cumpram o seu papel de suporte ao paciente, também elas precisam de suporte para as suas necessidades físicas e emocionais”*.¹

A este respeito salienta a Ordem dos Enfermeiros (OE)² que as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, englobam não só as intervenções de enfermagem direccionadas ao doente em situação crítica mas também a *“família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”*.²

A hospitalização é considerada um momento de crise que afecta não só a pessoa internada mas também os restantes membros da família. A família passa por um processo de transição de uma situação de saúde para uma situação de doença. Esse período de mudança leva a um processo de ruptura com o estilo de vida anterior provocando uma situação de crise. Nestes processos transicionais a crise pode originar mudanças inesperadas no ciclo de vida familiar criando *“sofrimento interno, aumento da ansiedade, medo do desconhecido e apreensão quanto às decisões a tomar e situações a enfrentar”*.³

Quando o internamento hospitalar ocorre numa unidade de cuidados intensivos (UCI), aumenta ainda mais os níveis de ansiedade da família, até porque geralmente ocorre de forma inesperada, o que implica um curto período de tempo para o ajustamento familiar.⁴

O ajustamento e a adaptação eficaz só ocorrem quando a família se consciencializa que está a acontecer uma mudança que pode levar a uma transição na sua vida.⁵ Sem esta consciencialização não é possível existir um envolvimento com a mudança e a transição não se pode concretizar de forma eficaz. Sendo a transição caracterizada como uma *“passagem, ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, que implica um processo, uma direcção e alterações em padrões fundamentais da vida”*⁵, a família de um doente internado numa Unidade de Cuidados Intensivos vivencia diversas transições no decorrer do processo de doença. Tal facto gera a necessidade de encontrar novos pontos de equilíbrio, estabilidade e recursos que ajudem na adaptação a esta nova fase.⁶

Uma situação de doença crítica provoca uma disrupção na vida da família, o que implica um período de ajustamento, denominado processo compensatório no modelo de transição de Roy⁷ o

qual resulta numa adaptação que pode ser positiva ou negativa, completa ou incompleta dependendo de como ocorre o período de ajustamento.⁸

A adaptação à situação de doença é um processo contínuo em que *“cada mudança importante (...) requer futuras adaptações físicas, emocionais e sociais, tanto para o indivíduo como para a família”*.⁹

A pessoa doente e a sua família constituem um sistema que funciona como um todo e em que cada uma das partes interage com as restantes influenciando-se mutuamente.⁷ Em cada sistema há um conjunto de estímulos que podem ser focais (*“confrontam a pessoa imediatamente”*), contextuais (*“são todos os outros estímulos do mundo externo e interno (...) identificados como uma influência positiva ou negativa sobre a situação”*) ou residuais (*“factores internos e externos cujos efeitos são marcantes na pessoa que vivencia determinada situação”*)¹⁰ que criam no receptor de cuidados na família uma determinada resposta.

Deste modo, a acção do enfermeiro deve-se focar na forma como a pessoa/família se ajusta e adapta às transições.¹⁰

O conhecimento dos diferentes estímulos permite que o enfermeiro actue de acordo com as necessidades da família. É da conexão desses estímulos que emerge a adaptabilidade e que sobrevém uma resposta adaptativa que permite realizar um processo de transição mais saudável.

Para ajudar a família num momento de crise, o enfermeiro deve promover a adaptação através de intervenções adequadas que promovam o funcionamento familiar. Esta intervenção é considerada uma abordagem primordial durante o período de crise gerado pela hospitalização de uma pessoa numa unidade de cuidados intensivos.⁶ É através da intervenção de enfermagem que se poderá ajudar a família a gerir as suas emoções decorrentes da situação de doença do familiar e a adoptar estratégias de coping que tenham um efeito efectivo de mudança e adaptação.¹¹ Se o processo de adaptação não se realizar de forma efectiva e positiva, mais dificilmente a família terá capacidade para ajudar o familiar doente na sua recuperação durante este período de crise.

HISTÓRIA DA ‘MARIA’

A Maria tem 72 anos de idade, leucodérmica e reside em Lisboa. É viúva, vive sozinha tendo o suporte familiar dos dois filhos. Tem antecedentes clínicos de hipertensão arterial e mieloma múltiplo, seguida em consulta de hematologia. Autónoma nas actividades de vida diária (AVD). É reformada e ocupa-se dos dois netos.

A 26 de Abril inicia quadro de cefaleias e febre e a 29 de Abril é encontrada pela filha caída no chão e com alterações do estado de consciência. É transportada ao hospital da área de residência. Fica internada com o diagnóstico de meningite bacteriana no serviço de medicina.

Por agravamento do estado clínico (Score Coma de Glasgow 3) resultante do quadro de meningite, pois de acordo com a literatura, a meningite não tratada nas primeiras horas de instauração do processo infeccioso leva a um estado de coma e mesmo de morte¹². No caso da Maria houve uma evolução para um estado comatoso com necessidade de ser transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos.

No internamento foi submetida a ventilação mecânica. Após tentativa de extubação endotraqueal por estar em ventilação espontânea, foi novamente entubada endotraquealmente mas mantida em ventilação espontânea. Decorrente do estado de consciência, houve a necessidade de realizar traqueostomia que mantém.

Progressivamente registou melhoria do estado de consciência, com percepção sensorial mantida mas sem resposta motora. Apresenta total dependência na realização das AVD.

Diariamente recebe a visita dos filhos que se tem revelado positiva na recuperação da doente.

AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA

Da história da Maria ressalta vários eventos críticos relacionados com a mudança da condição de saúde e consequente alteração do desempenho de papéis, despoletada por uma situação aguda, inesperada e imprevisível. Nesta situação a família depara-se com uma passagem de “*um estado de bem-estar para um estado agudo de doença*”,⁵ com necessidade de integrar as mudanças na dinâmica familiar. Esta família atravessa um processo de transição que teve início com a admissão da doente no hospital e se prolonga no internamento.

De acordo com Meleis, o processo de transição decorre da presença de eventos críticos. Na história da Maria identificaram-se vários acontecimentos os quais se apresentam na tabela seguinte:

Eventos críticos	Situação de doença/admissão no hospital
	Internamento na UCI/ventilação mecânica
	Manutenção do quadro clínico
	Recuperação parcial do estado de saúde

Tabela 1 – Enumeração dos eventos críticos.

Face aos eventos críticos identificados, foram observados comportamentos da família e mobilizadas acções de enfermagem em resposta às estratégias desenvolvidas pela família, na incorporação das transições no funcionamento familiar, porquanto a intervenção do enfermeiro

no processo de transição permite que a família faça uma eficaz adaptação ao seu novo papel e possa ter um processo de vida com maior bem-estar.⁹

Os padrões de resposta surgem da observação do comportamento durante o processo de transição¹³ e sobre os quais o enfermeiro deve incidir a seu foco de atenção.

Eventos críticos	Comportamentos	Intervenções de enfermagem
Situação de doença/admissão no hospital	Ansiedade: Choro, tremor e inquietação	Gerir ansiedade
Internamento na UCI/ventilação mecânica	Questionamentos constantes sobre o estado clínico e tratamento da mãe	Estabelecer comunicação.
Manutenção do quadro clínico	Verbaliza sentir-se impotente face à situação; Verbaliza incerteza face ao prognóstico	Parceria nos cuidados
Recuperação parcial do estado de saúde	Revela sentir-se confiante face à evolução do estado de saúde da mãe	Promover esperança realista e optimismo

Tabela 2 – Enumeração dos eventos críticos, comportamentos observados e intervenções de enfermagem.

A ‘Situação de doença/admissão no hospital constitui por si só factor de ansiedade e angústia para o doente e familiares. Por um lado o processo de doença significa uma mudança física na pessoa doente e esta condição provoca na família incerteza sobre a evolução e tratamento da doença com a dúvida da necessidade de internamento¹⁴. No caso da Maria, a família mostrava-se apreensiva face à situação, com ansiedade manifestada por choro, tremores e inquietação.

Relativamente ao ‘Internamento na UCI/ventilação mecânica’ e com base na teoria das transições de Meleis, o internamento na UCI poderá representar uma condição de transição dificultadora devido à complexidade que envolve o ambiente e a gravidade do doente. As UCI’s são unidades de alta complexidade que geram entre os familiares e doentes medo e insegurança associada à avançada tecnologia, às situações de emergência, aos sons monótonos e frequentes dos alarmes e à rotina da própria unidade.¹⁵

Neste sentido, é importante considerar as dificuldades dos familiares sobretudo em relação ao medo do desconhecido, da morte, da capacidade para enfrentar a doença e a possível incapacitação que esta pode provocar. Por conseguinte, o cuidado de enfermagem na UCI não

deverá ficar limitado à pessoa doente mas deve englobar os familiares que também são clientes e necessitam de cuidados para enfrentar a experiência de hospitalização.¹⁶

No caso da Maria, o internamento na UCI revelou-se gerador de ansiedade na família. A necessidade de ventilação mecânica e o agravamento do estado de consciência provocaram na família momentos de fragilidade emocional e de crise, resultante do impacto da situação clínica do familiar doente e do próprio ambiente da unidade. Na gestão da ansiedade experienciada pela família é crucial o enfermeiro acolher a família, ou seja, tentar compreender o que dizem que se traduz por saber escutar,¹⁶ fornecer informação ou o simples facto de se mostrar disponível e estar presente contribui para reduzir/aliviar a ansiedade vivida pela família.

A família necessitou de questionar, receber informação relacionada com o internamento e com a situação clínica do familiar. Associado a esta insegurança face ao diagnóstico, também interferem nos padrões de resposta da família as crenças relacionadas com a UCI, com a visão estereotipada do local, associada à ideia de gravidade e morte.¹⁷ Por conseguinte faz sentido conhecer as crenças da família para conseguir esclarecer e desmistificar o ambiente da UCI, contribuindo para a redução da ansiedade. Para a família é importante obter alguma informação sobre os equipamentos usados e os procedimentos efectuados.¹⁴

No que respeita à ‘manutenção do quadro clínico’, a Maria ao longo do internamento, não evidenciou um processo recuperação conforme o esperado num quadro de meningite. As alterações observadas ficaram limitadas à abertura espontânea dos olhos, movimentos de mastigação e bocejo e discretos movimentos dos quatro membros (flexão dos dedos pés e mãos). Para a família, a vivência diária com esta condição gerou sensação de impotência e incerteza perante o prognóstico. A percepção da não evolução do estado de saúde da Maria cria na família sensação de perda e medo da morte. A ideia de agravamento clínico e tempo prolongado de permanência no internamento, provocou um sentimento de desesperança e diminuição da confiança numa eventual recuperação.

A incerteza sobre a evolução e o tratamento, torna a família mais susceptível a perturbações psicológicas podendo provocar disrupção social com necessidade de reorganização do seu quotidiano.¹⁴ Na situação da Maria, a filha teve necessidade de reorganizar as suas rotinas diárias, uma vez que era a Maria que cuidava dos netos. O deslocar-se diariamente ao hospital para visitar a Maria representou uma mudança no dia-a-dia da família. A gestão de ansiedade no internamento facilita a capacidade da família de se reorganizar.

Estar presente revela-se uma acção crucial na redução da sobrecarga emocional que a situação desperta na família.¹⁸ A família pode contribuir para a recuperação da pessoa doente mas necessita de ser orientada sobre o que está a acontecer com o familiar, ser acolhida e ser cuidada. É necessário dar informações precisas, certificando-se que a família as compreende,

promover a participação da família na tomada de decisões¹⁹ e envolve-la nos cuidados. O enfermeiro deve esclarecer a família sobre de que forma pode participar nos cuidados para verdadeiramente a envolver no processo.

Quanto à ‘Recuperação parcial do estado de saúde’, a ‘pequena’ melhoria do estado da doente criou na família confiança e segurança. A interação estabelecida entre a Maria e a família aumentou as expectativas de ambas em relação ao futuro. A atitude positiva da Maria e família facilitou a adaptação ao processo de transição que se traduz pela participação activa nos cuidados. Tal situação leva-nos a considerar crucial a inclusão da família nos cuidados e considera-la um elemento potencializador na recuperação da pessoa doente.¹⁹

Concorda-se com a OE quando descreve que uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica é a de ter conhecimentos na gestão da ansiedade e do medo vividos pelos familiares.²

Está descrito na literatura²⁰ que os níveis de stress da família aumentam quando as suas necessidades não são consideradas pela equipa de saúde. Deste modo a família deve ser sempre informada das mudanças ocorridas no estado clínico da pessoa doente, poder visitar o familiar a qualquer hora e ter um elemento de referência na equipa de saúde.

A este propósito, a OE² define como competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, habilidades e estratégias de comunicação perante a família e o doente em situação crítica.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o papel do enfermeiro é um elemento crucial para a gestão do stress decorrente do internamento na Unidade de Cuidados Intensivos devido à complexidade que a envolve. Conhecer e desmistificar as crenças associadas ao internamento na UCI ajuda a família a ultrapassar os medos e receios e facilita o processo de transição.

O ambiente na UCI requer para além das competências técnicas um cuidado global da pessoa doente que promova um desenvolvimento científico humanizado.

Deste modo a presença de um enfermeiro especialista sobretudo na área da pessoa em situação crítica, constitui uma mais-valia para a pessoa e família, na gestão do stress e na adaptação do doente/família aos acontecimentos vividos durante o internamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fontes A, Ferreira A. Do outro lado da porta...Falar com a família numa unidade de cuidados intensivos. Revista Sinais Vitais 2009, Julho; Nº85: 33-38.
2. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Regulamento n.º124/2011: Diário da República, 2ª série, Nº35; 18 Fevereiro 2011.
3. Lustosa M. A família do paciente internado. Revista SBPH 2007, Junho; 10(1): 3-8.
4. Martins J, Nascimento E, Geremias C, Schneider G, Schweitzer G, Neto H. Acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. Revista electrónica de enfermagem 2008; 10(4): 1091-1101. Disponível em www.fen.ufg.br.
5. Pinto M. As vivências experienciadas pelas mulheres mastectomizadas: conhecer e compreender para cuidar. Porto: Instituto de ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto; 2009. Disponível em: www.repositorio-aberto.up.pt.
6. Gavaghan S, Carrol D. Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. Dimensions of critical care nursing 2002, Março/abril, 21(2): 64-71.
7. Meleis A. Theoretical Nursing: Development & Progress. 3.ª ed. Philadelphia: Lippincott; 2005.
8. Davidson J. Facilitated sensemaking: A strategy and new middle-range theory to support families of intensive care unit patients. Critical Care Nurse 2010, Dezembro; 30(6):28-39.
9. Maas T. O processo de transição do ser adolescente hospitalizado com doença crónica sob a ótica da enfermagem. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2006. Disponível em: www.ppgenf.ufpr.br.
10. Brandalize D, Zagonel I. Um marco conceitual para o cuidado ao familiar da criança com cardiopatia congénita à luz da teoria de Roy. Cogitare Enfermagem 2006, Set/Dez; 11(3): 264-270.
11. Van Horn E, Kautz D. Promotion of family integrity in the acute care setting – A review of the literature. Dimensions of critical care nursing 2007, Maio/Junho, 26(3): 101-107.
12. Leib SL, Täuber MG. Acute and chronic meningitis. In: Armstrong D, Cohen J. Infectious Diseases. London: Harcourt Publishers Ltd., 1999. P. 15.2-15.12.
13. Chick N, Meleis A. Transitions: A nursing concern. In: Chinn P, Boulder CO, Aspen Publication. Nursing research methodology. 1986.
14. Saiote E. A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos. Lisboa: ISCTE; 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/2613>

15. Lemos R, Rossi L. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Revista Latino-Americana de enfermagem* 2002, Maio-Junho; 10(3): 345-357.
16. Silva N, Contrim L. Orientações do enfermeiro dirigidas aos familiares dos pacientes internados na UTI no momento da visita. *Arq. Ciências Saúde* 2007, Julho-Set.; 14(3): 148-152.
17. Schneider D, Manschein A, Ausen M, Martins J, Albuquerque G. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto Contexto Enfermagem* 2008 Jan-Março; 17(1): 81-89.
18. Higgins I, Joyce T. The immediate needs of relatives during the hospitalisation of acutely ill older relatives. *Contemporary Nurse* 2007 Outubro; 26: 208-220.
19. Silveira R, Lunardi V, Filho W, Oliveira A. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. *Texto Contexto Enfermagem* 2005; 14: 125-130.
20. Davidson J, Powers K, Hedayat K, Tieszen M, Kon A, Shepard E, Spuhler V, Todres I, Levy M, Barr J, Ghandi R, Hirsch G, Armstrong D. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine* 2007; Fev.;35(2):605-22.

Apêndice III:

Registo de interação:

Registo de interacção:

1. Situação 1: Diálogo com a D. A.

1.1 Apresentação:

A situação que de seguida se apresenta ocorreu durante uma visita domiciliária em casa de um doente com doença oncológica em fase terminal. O doente reside no seu domicílio e tem como cuidador informal a esposa que está permanentemente no domicílio. Tem apoio de dois filhos que alternam entre si o apoio ao pai e mãe nos cuidados. Tem ainda a seu cargo uma neta que passa a maior parte do tempo na sua casa. Tem ajuda ao nível dos cuidados de higiene por um centro de apoio que vai diariamente ao domicílio e tem a presença de uma senhora que ajuda nas actividades domésticas e de alimentação.

Em diversas visitas domiciliárias efectuadas anteriormente, a esposa aparenta um nível de ansiedade muito elevado em relação ao seu papel enquanto cuidadora, às mudanças operadas pela nova situação de cuidados e pelo seu medo da morte e do aproximar da mesma.

No dia em que ocorreu a interacção de seguida transcrita, o doente apresentava um agravamento do seu estado, e a ocorrência surge junto à cama do doente, com este adormecido, e passa-se entre mim e a esposa do doente.

1.2 Análise crítica do diálogo:

Com este efeito, definiu-se como “E” as falas ditas por mim e como “A” as falas ditas pela cuidadora.

Diálogo com a cuidadora		Sentimentos gerados	Análise crítica	Proposta
Comunicação verbal	Comunicação não verbal			
<p>A1: <i>Ai enfermeira, estou farta!</i></p> <p>E1: <i>Farta...? De quê?</i></p>	<p>A1: expressão triste, preocupada. (Olhar cabisbaixo)</p> <p>E1: após a sua afirmação, cheguei mais junto da cuidadora para a poder escutar. Expressão verbal tranquila e demonstrando atenção. Tom de voz sereno; contacto visual não acutilante. Corpo curvado, colocada ao lado da cuidadora</p>	<p>Percebo que a cuidadora desejava falar.</p> <p>Desejava verbalizar as suas dificuldades.</p> <p>Eu estava determinada em a escutar.</p>	<p>Do primeiro conjunto pergunta-resposta, percebo que a resposta dada perante uma expressão de sentimentos de uma familiar foi demasiado fechada, não permitindo que na sequência do diálogo se explorasse mais os motivos pelos quais a cuidadora se refere sentir “farta”. As perguntas abertas têm a capacidade de demonstrar interesse e uma compreensão empática, enquanto que as perguntas fechadas limitam um conjunto de possibilidades de interação. Segundo TWYCROSS, as questões fechadas limitam o seguimento da conversa, pelo que deverão ser usadas questões abertas para explorar os assuntos e fechadas quando se pretende apurar informações específicas</p> <p>. Embora tenha mostrado uma atitude de disponibilidade e atenção perante o que a cuidadora pretendia transmitir, através da expressão não verbal que pretendia demonstrar algum conforto e tranquilidade que facilitasse a expressão</p>	<p>Perante a análise deste discurso, deveria ter reformulado a questão de uma forma mais aberta, podendo ser exemplos disso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quando me diz que se sente farta refere-se a quê? - O que me quer dizer com “farta”? - O que é “sentir-se farta” para si?

			de sentimentos, essa disponibilidade não se revela na resposta dada.	
<p>A2: <i>todas as noites isto! Pede-me sempre a mão. Fico aí sentada no cadeirão a noite toda...não me custa cuidar dele, mas pronto!</i></p> <p>E2: <i>E como se sente em relação a isso?</i></p>	<p>A2: a cuidadora encolheu os ombros. Durante o seu discurso seguinte demonstrou alguma rigidez da expressão facial, com o franzir da testa e com tom de voz ligeiramente mais alto.</p> <p>E2: alguma tensão ao nível da face. Mantive voz baixa, olhar com expressão serena, mantive contacto visual.</p>	<p>Após o primeiro conjunto de diálogo percebi, pela expressão não verbal da cuidadora, que não tinha sido eficaz.</p> <p>Após um conjunto importante de informação, senti-me com dúvidas e insegura em relação à forma como deveria conduzir o diálogo.</p>	<p>Ao contrário do conjunto de interacção anterior em que a resposta dada foi fechada, neste conjunto a resposta, embora tivesse o objectivo de permitir que a cuidadora se expressasse em relação aos seus sentimentos, tornou-se demasiado ampla, não permitindo a orientação do discurso para nenhum aspecto em particular.</p> <p>Nesta fala da cuidadora (A2), são transmitidas um conjunto de inquietações da sua vivência que deveriam ter sido exploradas de forma mais concreta. Seria importante compreender como o toque e o “dar a mão” interferia nos seus sentimentos e como eram percebidas pela própria. Poderia ter sido explorado o significado desta experiência. Deveria ter sido compreendido como o estar “farta” podia relacionar-se com um cansaço físico potenciado pela necessidade constante da presença da cuidadora no quarto do marido durante a noite ou mesmo cansaço emocional; se essa necessidade da sua presença poderia ser entendida pela própria enquanto transmissão do medo da morte; seria igualmente importante explorar a sua necessidade de referir que cuidar do marido não a incomoda nem “lhe custa”.</p> <p>Analisando, a resposta deveria ter sido dividida em outras</p>	<p>Outras propostas, considerando a análise realizada poderiam ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O que sente quando o seu marido lhe pede para dar a mão. - Parece-me que sente alguma inquietude no seu marido. Como se sente em relação a isso.

			<p>questões de forma a compreender cada uma das informações transmitidas pela cuidadora.</p> <p>TWYCROSS nos seus trabalhos refere inclusive que se existe uma longa lista de problemas verbalizados, é necessário pedir ao doente/família que indique uma prioridade de abordagem.</p> <p>Poderia ter sido utilizada a técnica da reformulação e de clarificação para esse efeito, tal como SAMPAIO (2010) refere, com o objectivo de especificar as questões e atribuir-lhe uma prioridade de abordagem.</p> <p>De acordo com o mesmo autor, a clarificação permite verificar o significado de certas partes do discurso.</p>	
<p>A3: <i>Eu gostava de perceber se ele tem medo, se tem mesmo falta de ar, se se sente pior!</i></p> <p>E3: <i>E o que lhe parece a si?</i></p>	<p>A3: novamente um tom de voz mais calmo. Olhos mais vermelhos, lacrimejantes. Volta ao olhar cabisbaixo.</p> <p>E3: Mudei a minha posição para permitir um contacto visual mais de frente e aproximar-me mais junto da mesma, até um espaço físico confortável</p>	<p>frustração: não estava a conseguir chegar à cuidadora e fazer com que esta se expressasse</p> <p>Alguma ansiedade, manifestada por ligeira taquicardia, rubor da face. Continuei!</p>	<p>Nesta parte da interacção, a cuidadora direcciona o seu discurso para as suas dúvidas em relação ao marido e ao que ele sente, afastando-se daquilo que essas emoções lhe provocam, embora me tivesse parecido que essas dúvidas a angustiem (evidenciado pelo início de choro). A minha resposta foi novamente na tentativa de direccionar o diálogo para aquilo que sente. Nesta fase, poderia ter realizado um reforço positivo do trabalho até então desenvolvido, referindo que as suas avaliações vão de encontro com o que é avaliado pela equipa, evidenciando a importância do seu papel.</p>	<p>Exemplos de propostas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O que significa para si, ou o que avalia no seu marido quando me diz que tem “falta de ar?” - Quando me diz “sente pior” o que significa? - Deixa-a preocupada o facto de não perceber a sensação

			Poderia também ter tentado compreender o que a fazer acreditar que o marido poderá ter medo.	de medo do seu marido?
<p>A4: <i>Ele diz que tem falta de ar, mas não sei! (silêncio)</i></p> <p>Acho que ao sentir-se pior começa a pensar que está pior!</p> <p>E4: <i>E a D. A. Como se sente em relação a isso?</i></p>	<p>A4: chorosa, não direcciona o olhar para mim; voz trémula.</p> <p>E4: recorro ao toque reconfortante, colocando a mão nas suas costas.</p>	<p>De alguma forma senti que a cuidadora estava a exprimir aquilo que entendi enquanto ansiedade ou receio através pela sua expressão não verbal. Agora sentia-me mais confortável neste processo.</p>	<p>Perante a resposta da cuidadora, percebo que direccionou novamente o centro da questão para os sintomas físicos relacionados com o marido. O que pretendia com a minha questão era que a cuidadora transmitisse que emoções este contexto de cuidar lhe provocam. A necessidade de direccionar a pergunta para a cuidadora, nomeando o seu nome, foi precisamente para lhe demonstrar que queria saber dela, de que forma toda esta situação a angustiava. No entanto, a minha resposta foi exageradamente aberta.</p>	<p>- “O que me quer dizer com o “sentir-se pior”?</p> <p>- No “sentir-se pior” quer referir-se ao quê?</p> <p>- “e o que significa para si que o seu marido se sinta pior?”</p>
(Nesta altura chegou novamente a enfermeira ao quarto com a indicação dada pelo médico o que direccionou as atenções da cuidadora para essa informação)				

1.3. Reflexão sobre a interacção (consta da reflexão final de estágio):

A partilha e o trabalho em equipa pressupõem a existência de uma comunicação eficaz entre os diferentes elementos, de facto, enquanto pilar dos cuidados paliativos, a **comunicação adequada** torna-se fundamental em todo o processo de cuidar. Diariamente comunicamos uns com os outros, seja de forma verbal, seja através de comunicação não-verbal, mas mesmo quando não verbalizamos estamos a passar uma mensagem ao outro.

Dada a sua importância enquanto um dos focos centrais em cuidados paliativos, o desenvolvimento de técnicas de comunicação permite o relacionamento entre doente e família num contexto específico como são os cuidados paliativos. Esta capacidade de adaptabilidade da comunicação nas práticas de enfermagem é uma das competências transversais às diferentes áreas de cuidados e sobre as quais o enfermeiro especialista procura incidir, até porque das suas competências estão pressupostas o gerir *“a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”*. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011, p. 3)

A comunicação, dado o seu nível de complexidade, engloba diferentes aspectos e diferentes técnicas. Para desenvolver competências de comunicação numa área tão particular como os cuidados paliativos, é fundamental a prática, o treino de interacções e a sua posterior análise. Partindo do referido, uma das estratégias delineadas para cumprir o objectivo de estágio “desenvolver competências de comunicação com o doente e família em contexto de cuidados paliativos” foi o treino de interacções. Esta actividade pressupõe que, numa dada situação se transcreva o diálogo estabelecido com outra pessoa, seja doente, família, cuidador ou outro profissional de saúde, e perante a leitura e reflexão do mesmo se analise criticamente e se compreenda as mudanças e melhorias que devem ser operadas relativamente à comunicação estabelecida. Como refere QUERIDO, SALAZAR e NETO (2010), as dificuldades inerentes à comunicação com doentes em fim de vida, só podem ser atenuadas pelo treino de competências de comunicação dos profissionais.

Nesta análise reflexiva de interacção contei com a equipa de enfermagem, quer através de momentos mais informais em que questionava a utilização de uma determinada técnica de comunicação numa situação em particular, e depois, de uma forma mais sistematizada, através de um diálogo transcrito, reflecti, juntamente com a enfermeira orientadora sobre a adequação das técnicas utilizadas. Esta reflexão foi extremamente importante e enriquecedora, na medida em que o “olhar de fora da situação” e ter alguém que nos facilite

este processo de reflexão, ajuda-nos a compreender as nossas limitações e pontos a melhorar, mas também contribui para reflectirmos sobre quais foram os aspectos mais positivos de uma determinada interacção.

A situação apresentada em anexo refere-se a uma interacção com um cuidador de um doente com doença oncológica em fase terminal numa altura em que houve um agravamento importante do seu estado de saúde.

A par da transcrição do diálogo da interacção, é também apresentada a forma como naquela situação foi utilizada a comunicação não-verbal. Relembrar e analisar uma situação à distância implica, de alguma forma, afastarmo-nos da mesma para conseguir analisá-la de forma objectiva. Esta distanciação é difícil na medida em que somos um dos intervenientes da interacção e vivemos a situação com mais ou menos intensidade, o que implica alguns sentimentos gerados em consequência disso, que também devem constar numa análise de interacções.

Pensar sobre a forma como comunicamos não se revelou tratar de um exercício fácil para mim. Habitualmente, mesmo em contexto de trabalho e enquanto profissionais, temos alguma tendência a responder de forma mais reactiva e intuitiva, não pondo em prática alguns princípios básicos da comunicação que vão permitir uma comunicação empática e permitem o alívio do sofrimento daquele doente e da sua família. (QUERIDO, SALAZAR e NETO, 2010)

Da análise que fiz da minha interacção, apercebo-me da dificuldade que temos em perceber a linguagem não-verbal que transmitimos ao outro. Recordava-me de alguns pormenores relativamente à comunicação não-verbal utilizada e ao objectivo com que o tinha feito, mas percebi, juntamente com a enfermeira orientadora, que transmitimos mais mensagens não-verbais do que nos apercebemos até porque em cada diálogo, em cada encontro, são mobilizados sentimentos e emoções que a própria situação nos transmite.

As três competências básicas na comunicação, escuta activa, compreensão empática e feedback são fundamentais num contexto de cuidados paliativos. A escuta activa pressupõe que o sujeito ouça, codifique e interprete a mensagem e em função disso responda adequadamente. Da análise feita, percebo que o processo de escuta activa esteve presente, respeitando as palavras que foram verbalizadas, os silêncios, as expressões não-verbais, usando-as para interpretar as mensagens. Num processo de comunicação, é muito importante respeitar os silêncios do outro, não falar, permitir que esse espaço sirva para a pessoa se expressar, respeitando as suas palavras e os seus momentos. Foi uma limitação na interacção ter recorrido a perguntas demasiado abertas ou demasiado fechadas que limitam a

continuidade do processo de comunicação que se estava a estabelecer. Durante a interacção, poderia ter recorrido mais frequentemente à técnica de reformulação, no sentido em que esta permite devolver ao doente/família aquilo que transmitiu, através das suas expressões e da sua linguagem não-verbal.

A compreensão empática, de acordo com as mesmas autoras, permite vivenciar as emoções do outro, colocando-nos no seu lugar e analisando a experiência pelo seu ponto de vista, sem fornecer soluções para os problemas, mas sim capacitando a pessoa para encontrar as suas próprias resoluções. Para uma compreensão empática é necessário a aceitação do outro e o respeito pelos seus sentimentos e pela sua vivência. Penso que, mesmo não usando sempre as estratégias mais adequadas, tentei compreender o que o familiar tentava transmitir com a sua mensagem e orientei o discurso neste sentido, possibilitando demonstrar a compreensão da situação e mostrar disponibilidade.

A relação de ajuda que penso ter conseguido estabelecer foi baseada na congruência e autenticidade, sendo eu mesma, estando presente verdadeiramente para escutar o outro, havendo coerência entre a comunicação verbal e a não-verbal.

De facto, a comunicação não-verbal tem também grande importância no processo de comunicar e pode complementar a mensagem dita. (QUERIDO, SALAZAR e NETO, 2010) Segundo as mesmas autoras, o tom e qualidade de voz, o olhar, o toque, a postura, a expressão facial são exemplos de formas de comunicação não-verbal. Durante a interacção, usei um tom de voz calmo, sereno e pausado que transmitia alguma tranquilidade, ao mesmo tempo que mantive um contacto visual com a cuidadora, num mesmo nível, sem ser ameaçador nem inquiridor, mas num sentido de conforto, confiança e acima de tudo, que permitisse expressar o meu respeito pelo outro. A postura foi sendo alterada ao longo do diálogo, de acordo com o que me parecia ser mais importante para as necessidades da cuidadora, promovendo um sentimento de *“igualdade, disponibilidade e respeito”*, (SAMPAIO, 2011) não ultrapassando aquele que me pareceu ser um espaço que pudesse ser incómodo para o outro, mas quando me pareceu importante, usei o contacto físico através do toque reconfortante nos momentos em que a cuidadora me pareceu mais emocionada.

Os sentimentos que fui experienciando ao longo deste encontro vão sendo diferentes. O facto de a cuidadora me ter procurado para expressar os seus sentimentos fez-me sentir satisfeita porque de alguma forma me reconheceu enquanto profissional com quem poderia estabelecer uma interacção. Em cuidados paliativos abordam-se assuntos de elevada complexidade,

muitas vezes relacionados com o morrer, o que provoca algum desconforto. Senti ao longo da interação alguma ansiedade pelo medo de usar as palavras erradas e alguma frustração por ter a percepção que em determinados momentos não estava a conseguir conduzir o diálogo de forma a facilitar a expressão dos sentimentos da cuidadora.

Penso por isso que terei estado adequada na minha expressão não-verbal o que é positivo, na medida em que *“o toque, o contacto visual adequado e uma expressão facial reconfortante reforçarão a ideia de que o mensageiro quer ser empático”*. (QUERIDO, SALAZAR e NETO, 2010)

Ao longo do estágio, e em concordância com o reflectido com a enfermeira orientadora, penso que a minha linguagem não-verbal esteve adequada aos diferentes momentos, possibilitando uma relação de confiança com os doentes e as suas famílias.

O treino de interações, corroborando com o referido por QUERIDO, SALAZAR e NETO (2010), permite introduzir mudanças na forma como comunicamos, utilizando conscientemente uma comunicação adequada aos contextos, e tudo isso permite melhorar as práticas de cuidados.

A análise desta interação permitiu uma atitude reflexiva sobre as minhas práticas, e apesar de trabalhar há cinco anos e ter comunicado com os doentes e suas famílias, nunca tinha feito o exercício de análise de uma interação com tanta profundidade, e esta abordagem permite, sem dúvida, perceber as minhas dificuldades e saber como posso melhorar em experiências futuras na minha vida profissional.

Apêndice IV:

Trabalho teórico sobre transições em CP

A transição do cuidador do doente oncológico em fase terminal

- Uma abordagem conceptual de enfermagem -

Trabalho realizado no contexto do
estágio da especialidade de
enfermagem médico-cirúrgica –
modulo III- Unidade de cuidados
paliativos

Realizado por:

Carla Sanches (nº 192010099)

Orientador de estágio:

Enfermeira Sandra Neves

Professora orientadora:

Professora Marques da Gama

Lisboa, 2011

Índice

1. Introdução:	97
2. Os cuidados paliativos no domicílio e a família:.....	99
3. As transições da família no processo de cuidar:	101
4. Identificação de momentos de transição:	103
4.1 Caracterização das transições: Uma etapa para a intervenção de enfermagem:	104

1. Introdução:

Este trabalho surge no contexto do segundo estágio realizado no âmbito do curso de mestrado de natureza profissional na especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, que decorreu na Unidade de Assistência domiciliária (UAD) do Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

Com base no projecto de estágio que foi delineado anteriormente, foi definido um objectivo que se relaciona com a abordagem de um tema transversal aos três momentos de estágio, fundamentado num modelo teórico de enfermagem, que é adaptado à realidade de cada estágio, abordado numa perspectiva particular, neste caso, os cuidados paliativos. Aborda-se a vivência dos processos de transição em cuidados paliativos no domicílio, na perspectiva dos cuidadores com o objectivo definido de **“Caracterizar momentos de transição da família /doente em cuidados paliativos no domicílio”**.

Ao longo do estágio, pelo contacto com as famílias/cuidadores no domicílio e tendo por base os conceitos que são veiculados pela teoria das transições de Meleis, foi possível identificar através dos seus discursos, momentos que se inserem no processo de cuidar em cuidados paliativos que podem ser considerados como momentos de crise para a família/cuidadores e cuja identificação por parte da equipa de saúde pode ser fundamental para facilitar a transição e pode funcionar como base na construção do processo de enfermagem e nas actividades de enfermagem, contribuindo para uma eficaz adaptação da família a uma nova situação.

As transições no processo de cuidar nos cuidados paliativos têm uma intensidade importante pelo impacto que a própria doença oncológica tem na família e no doente e pela incerteza acerca do futuro.

Enquanto especialista em enfermagem médico-cirúrgica, são desenvolvidas competências que foram definidas pela Ordem dos Enfermeiros. E que incluem intervenções de enfermagem direccionadas para o doente mas também incluem a *“família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011, p. 8656). Faz sentido que neste contexto seja feita uma abordagem que contemple o doente e família, numa visão de enfermagem mais ampla sobre os cuidados, tal como está subjacente à própria filosofia dos cuidados paliativos.

À semelhança do que ocorreu no estágio anterior, pareceu interessante dar continuidade a este trabalho e compreender de que forma os diferentes momentos de crise são vivenciados pela família e como o enfermeiro pode intervir para os ultrapassar. Partindo dos conceitos veiculados pela teoria das transições de Afaf Meleis, identificaram-se alguns eventos críticos

dos cuidadores do doente oncológico em fase terminal e tentou-se compreender de que forma cada família mobiliza recursos e estratégias para os ultrapassar.

A pesquisa bibliográfica para a realização deste trabalho baseou-se na teoria das transições de Meleis, revisão teórica que tinha sido iniciada no estágio anterior, nos trabalhos referentes às dificuldades e necessidades do cuidador do doente em fase terminal no domicílio e com base nos discursos observados durante o estágio pelos cuidadores, foram identificados e caracterizados momentos de transição.

O recurso a teorias e modelos conceptuais ainda é pouco utilizado de forma sistematizada pelos enfermeiros, mas é certo que de cada vez que se toma uma decisão, que se escolhe uma intervenção, escolhe uma resposta a uma pessoa, utiliza-se uma determinada teoria para facilitar o “olhar” sobre a situação. (BLUM e SHERMAN, 2010)

Este trabalho será dividido em diferentes partes. Num primeiro momento, será apresentada o enquadramento teórico relativo aos cuidados paliativos, à especificidade dos cuidados paliativos no domicílio e às dificuldades enfrentadas pelos cuidadores informais neste contexto. Ao contrário do que aconteceu no trabalho elaborado no estágio anterior, não será feita uma revisão exaustiva dos conceitos da teoria das transições de Meleis, uma vez que a mesma foi já apresentada anteriormente. Posteriormente será feita uma abordagem aos diferentes momentos identificados enquanto momentos de crise pelos quais a família atravessa, associando aos conceitos veiculados pela própria teoria.

Define-se assim como objectivo principal deste trabalho identificar momentos de transição vivenciados pela família nos cuidados paliativos no domicílio e compreender a intervenção do enfermeiro com a família enquanto facilitador do processo de transição e adaptação.

2. Os cuidados paliativos no domicílio e a família:

A evolução crescente que se assiste no campo da medicina e de forma mais geral na área das ciências da saúde tem vindo a permitir um aumento da esperança média de vida. Mas com o aumento do tempo em que a vida se prolonga, surge um número elevado de doenças que se tornam crónicas e que acompanham o doente na sua vida e que terminam com a sua morte. Essa longevidade não é necessariamente sinónimo de qualidade de vida e muitas vezes as doenças crónicas que surgem vão sendo cada vez mais incapacitantes e impeditivas de alguma qualidade de vida. Neste sentido, a cura passa a ser o objectivo último da medicina, sobretudo quando abordada de uma perspectiva essencialmente biomédica, e a morte é considerado um erro e falha da medicina, (NEVES, 2007) e não uma fase de um processo de vida.

O conceito e filosofia dos cuidados paliativos surge com Cicely Saunders em Inglaterra e mais tarde com Elisabeth Kübler Ross nos Estados Unidos da América. O objectivo compreendido enquanto fundamental no cuidado ao doente em fase terminal baseia-se na melhoria da sua qualidade de vida, no seu conforto e no alívio do sofrimento. Este cuidado centrado numa visão holística só faz sentido se para além do doente, contemplar também a sua família. O sofrimento (físico, psicológico, social e espiritual) e o medo da morte, sendo praticamente inevitáveis, podem ser atenuados mediante uma abordagem global e holística que inclui e contempla as necessidades do doente e família durante o processo de diagnóstico de doença, prognóstico e luto. (NEVES, 2007) A família deve ser incorporada nos cuidados prestados e ser ela mesmo, objecto de cuidados, quer na doença quer no luto. (PNCP, 2004)

A dinâmica das famílias vem sendo alteradas ao longo dos tempos. Alterações sociais como a saída de casa por motivos profissionais e outras exigências que são pedidas a cada membro da família, dificultam a possibilidade de existir alguém que se possa responsabilizar pelo cuidar em casa, acabando por muitas mortes ocorrerem em hospital. (BLUM; SHERMAN, 2010)

Enquadrado na inclusão dos cuidados paliativos no plano nacional de saúde 2004-2010, surge o programa nacional dos cuidados paliativos (PNCP) que enquadra e organiza os cuidados paliativos dentro dos serviços de saúde. Neste programa são definidos diferentes níveis de organização em cuidados paliativos e no nível I são incluídas as equipas multidisciplinares com formação diferenciada em cuidados paliativos e que fazem parte de equipas intra-hospitalares ou domiciliárias, em doentes internados, de ambulatório ou domicílio.

As equipas de cuidados paliativos domiciliários surgem para dar respostas eficazes aos doentes e suas famílias, permitindo que o seu processo final de vida ocorra no domicílio, quando assim

o desejam. São consideradas funções básicas das equipas domiciliárias de suporte em cuidados paliativos a *“avaliação de sintomas, detecção de problemas psicossociais que o doente e família apresentam, trabalhando para a melhoria e/ou resolução desses problemas e simultaneamente providenciar apoio à família”*. (FERNANDES, 2009, p.21) Para a mesma autora, o apoio que é feito à família é fundamental para cuidados adequados e eficazes. As famílias, enquanto prestadores e cuidados mais presentes, são alvo de grande pressão e stress que pode alterar o equilíbrio familiar. Emocionalmente, a experiência de cuidar de um ente querido pode trazer algum nível de ansiedade, angústia que poderá levar a um estado de exaustão. Surge muitas vezes a sensação de não se sentirem acompanhados, o que confirma a necessidade que muitas intervenções de enfermagem se foquem nas necessidades das famílias. (BLUM; SHERMAN, 2010)

São os cuidadores que estão presentes durante todo o processo de doença e que fornecem suporte físico e emocional importante, acompanhando-o nas suas sucessivas perdas que vão alterando não só o nível de vida do doente, mas que também tem repercussões na família. (BLUM; SHERMAN, 2010) Uma visão centrada num cuidado holístico que considera o doente e a sua família/cuidadores e que é subjacente aos cuidados paliativos, pressupõe que as intervenções de enfermagem também se direcionem para a família. Segundo os mesmos autores, definir intervenções específicas para os cuidadores e reconhece-los com necessidades próprias tem mostrado efeitos positivos quer no próprio cuidador quer no doente, já que a sua qualidade de vida depende também do bem-estar do seu familiar cuidador e esta é condição importante para possibilitar a permanência da pessoa doente no domicílio. (BLUM; SHERMAN, 2010)

Cuidar no domicílio de um doente com doença oncológica numa fase avançada da sua doença constitui uma ameaça ao equilíbrio da família. (NEVES, 2007) A família tem que lidar com uma situação complexa e com todas as alterações emocionais que essa mudança implica; tem que lidar simultaneamente com o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados físicos, emocionais e espirituais ao familiar doente, o que implica mudanças na sua vida profissional, pessoal e social. O processo de cuidar pode implicar necessidades específicas nas famílias que se relacionam muitas vezes com o controlo de sintomas, com as alterações físicas que a doença provoca no seu familiar, as alterações profissionais e sociais e das rotinas da família. (FERNANDES, 2010; NEVES, 2007) Por isso se torna fundamental que as intervenções dos profissionais de saúde tenham em consideração estes aspectos. O papel da equipa de saúde é muitas vezes o de orientar, ensinar o familiar no seu desempenho e apoiá-lo em todo o processo.

3. As transições da família no processo de cuidar:

Existem algumas lacunas no conhecimento sobre as vivências dos processos de transição das famílias de doentes com doença oncológica em fase terminal.

De acordo com a teoria das transições desenvolvida por Meleis e colaboradores, o conceito de transição deve ser tido como central no cuidado de enfermagem e deve ser transversal ao processo de vida, uma vez que em todo o ciclo de vida a pessoa atravessa períodos transacionais que implicam uma mudança e um novo equilíbrio. (MELEIS [et al], 2000)

Num contexto de doença oncológica, a transição pode ser definida como uma resposta a uma mudança disruptiva. (BLUM; SHERMAN, 2010) De acordo com os mesmos autores, as transições podem ser entendidas enquanto processo e resultado de uma complexa interação entre a pessoa e o ambiente que a rodeia, e o processo de transição do cuidador envolve não só as diferentes fases de doença como o ajustamento feito diariamente em resposta a esta mesma doença, aos deficits que a mesma provoca, às necessidades físicas e emocionais e ao controlo de sintomas. Estas mudanças são visíveis no doente mas também na família uma vez que ambos se interligam e as suas transições podem ser paralelas, mas a forma como as experienciam está relacionada com as estratégias que utilizam e com os recursos internos e externos que dispõem. A intervenção de enfermagem passa também por conhecer os seus recursos e agir em conformidade com os mesmos, adequando as intervenções às suas necessidades.

A identificação dos tipos e padrões de transição em famílias de doentes com cancro é de alguma forma, intuitivo, mas é evidenciado por alguns estudos qualitativos que abordam as necessidades dos cuidadores em cuidados paliativos. (BLUM; SHERMAN, 2010) Neste contexto, e de acordo com a teoria das transições de Meleis, considera-se o processo de transição saúde/doença um vez que está relacionada com o impacto nas pessoas e suas famílias relacionado com acontecimentos transacionais como recuperação pós-operatória, infeção HIV ou cancro. (PINTO, 2009)

Os seis padrões de natureza das transições são classificados por Meleis em simples ou múltiplos; sequenciais ou simultâneos; relacionados ou não relacionados e podem estar patentes em diferentes fases do processo. As propriedades da transição, definidas por Meleis e colaboradores como a consciência, o envolvimento, mudanças e diferenças, períodos de transição ao longo da vida e pontos críticos ou eventos críticos, podem estar interligadas e apresentam-se como características fundamentais no processo de transição. Pela mudança

que cuidar no domicílio gera, as famílias necessitam muitas vezes de se reajustar para lidar com as situações complexas e adquirir competências que as capacitem para apoiar o doente. (FERNANDES, 2009)

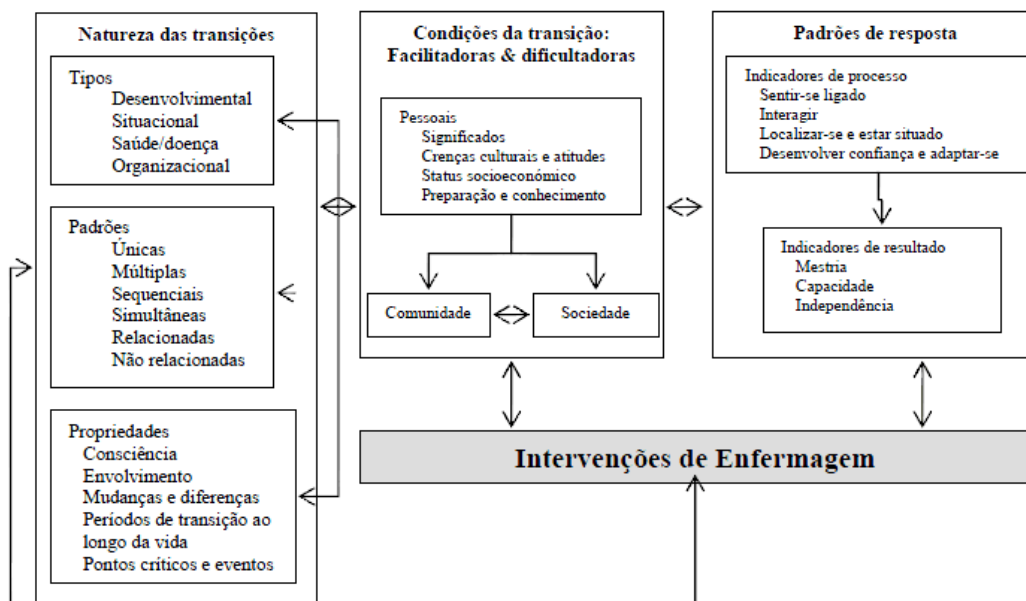


Ilustração 1: Representação da teoria das transições (retirado de PINTO, 2009, p. 76)

Perante uma situação de crise, as famílias poderão ser capazes de lidar com as dificuldades que vão surgindo ao longo do processo e outras poderão entrar em colapso (HANSON, 2005 cit. por NEVES, 2007) A resposta da família à situação de doença depende das circunstâncias do próprio doente, da natureza e dinâmica familiar e das relações existentes, das reacções em perdas anteriores e mecanismos de coping utilizados, dos apoios que apresentam e influenciados pelos seus comportamentos de saúde, valores familiares e estratégias de comunicação. (NEVES, 2007)

Consoante a forma como a família vivencia a situação de crise e mediante os recursos de que dispõem, assim o processo de fará de forma mais ou menos eficaz, permitindo uma adaptação.

4. Identificação de momentos de transição:

A identificação de momentos de transição baseia-se na observação desenvolvida durante o tempo de estágio, através de comportamentos observáveis pelos familiares, através das suas verbalizações e também pelos momentos de reflexão com a equipa de saúde. Todos se relacionam com as vivências do prestador de cuidador informal durante o acompanhamento do doente em cuidados paliativos numa fase terminal da doença.

Entende-se por cuidador informal o *“principal agente do sistema de apoio familiar, na assistência ao indivíduo com problemas de saúde no seu domicílio, o qual desempenha um papel crucial, pois assume a responsabilidade do cuidado de forma continuada”* (FERNANDES, 2009, p. 46)

Momentos vivenciadas pelo cuidador	Evidenciado por expressões:
Diagnóstico de doença oncológica	<i>Não observado</i>
Cuidado curativo para cuidado paliativo	<i>Não observado</i>
Cuidar no domicílio do doente em fase final de vida: necessidades	<i>“Eu sinto-me bem, só preciso de ir percebendo como a doença está a evoluir”</i> <i>“para mim está a ser muito pesado (...) estou cansada”</i> <i>“não percebo se tem dor ou falta de ar. Precisava que ele me dissesse!”</i>
Alterações do familiar doente: aumento de dependência, alterações físicas, alterações emocionais, disposição, humor	<i>“o que era e o que é agora”</i> <i>“não me liga nenhuma, está sempre de olhos fechados”</i>
Alterações dos seus papéis sociais e profissionais	<i>“Nós estudávamos muito de noite, agora às 22h já está tudo em silêncio cá em casa. Fazia-me um pouco de impressão, mas agora já estou habituada”</i> <i>“antigamente fazia muitas coisas para me distrair (...) agora não me apetece fazer nada”</i> <i>“estou de baixa esta semana para cuidar de</i>

	<i>ti...e depois como vai ser se não tomares os comprimidos?"</i>
Proximidade da morte	<i>"Durante a noite venho para junto dele e pede-me para lhe dar a mão e diz-me adeus!"</i> <i>"Vai caminhando até Deus querer!"</i>
Luto	<i>"não me consigo concentrar, isso assusta-me!"</i> <i>"ainda não me sinto preparado para mexer nas coisas"</i> <i>"às vezes estou a dormir e parece que me está a chamar"</i>

Tabela 1: Identificação de momentos de transição

4.1 Caracterização das transições de acordo com a teoria das transições: Uma etapa para a intervenção de enfermagem:

No contexto dos cuidados paliativos, as transições identificadas podem ser considerados de *natureza* múltipla, sequenciais e relacionadas. Múltipla uma vez que surge mais do que um evento crítico; sequenciais na medida em que vão surgindo situações críticas ao longo do processo de doença e relacionadas porque estão enquadradas num contexto bem definido. No entanto, porque os eventos não seguem sempre uma trajectória linear e vão ao longo do processo de doença sofrer altos e baixos, melhorias e agravamentos, poder-se-á dizer que poderão acontecer de forma simultânea.

Caracterizando as propriedades das transições, a consciência pressupõe o reconhecimento da transição e a percepção de que a mesma está a acontecer. Quando um cuidador tem a noção das alterações na sua vida decorrentes do processo de cuidar do seu familiar, mais facilmente poderá encontrar estratégias para facilitar a vivência deste processo. Ao ter consciência desta mudança, mais facilmente se poderá fazer a transição para um ponto de equilíbrio. Os períodos de transição identificados decorrem durante os períodos de doença e terminam não imediatamente na morte do familiar, mas prolongam-se pelo momento de luto e a mudança para outra fase de vida. Considerando que este conceito de tempo inerente à teoria de Meleis só termina quando é atingido o equilíbrio, assim se pressupõe que para cada mudança que se vai operando ao longo do processo de doença vão surgindo pontos de equilíbrio que podem

ser novamente abalados quando outro acontecimento transaccional suscita uma nova mudança, e este equilíbro vai ocorrendo em diferentes fases de todo o processo.

A forma como se vivenciam estes momentos está relacionada, tal como foi referido anteriormente, com a forma como cada família usa os seus recursos e estratégias que facilitem a transição, sendo consideradas pela teoria de Meleis enquanto *condições de transição*, que podem ser facilitadores e dificultadoras.

Diagnóstico de doença oncológica/ Cuidado curativo para cuidado paliativo

Um dos primeiros eventos considerados críticos para o doente e a sua família está relacionado com o diagnóstico de doença oncológica. A forma como cada doente e família a vivência está relacionado não só com as suas característias internas e de recurso, mas também com a forma como a própria doença surge, como evolui e em que etapa ocorre do ciclo de vida. (FERNANDES, 2009)

Durante o estágio, não pude assistir a nenhum momento relacionado com esta transição já que, em contexto de domicílio, o diagnóstico já está feito há algum tempo, e nos cuidados ao domicílio, o doente e família terão a percepção que se trata de um cuidado paliativo e não curativo.

Cuidar no domicílio do doente em fase final de vida: diferentes necessidades

Ao longo do processo, o cuidador vai tendo diferentes necessidades associadas às competências que desenvolve no cuidar do seu familiar. Existem momentos em que o familiar se sente cansado, não só do ponto de vista físico, mas também emocional, podendo chegar a um estado de exaustão. As *condições de transição* que poderão ser facilitadoras passam por ajudas técnicas, como nos cuidados de higiene, alimentação, material de posicionamento quando o familiar está mais dependente, e apesar da ajuda que o serviço social do IPO dispõe, depende muito também dos recursos económicos da própria família.

Outra necessidade presente que pode facilitar a forma como o cuidar vivência o processo de transição está relacionado com a informação que é transmitida. A equipa de saúde, com o objectivo de facilitar este processo e estabelecer algum equilíbro na família, deverá fornecer informação relacionada com a própria evolução da doença, com os recursos que estão à sua disposição. Os “*cuidadores informados e apoiados demonstram menos ansiedade e medo, e*

manifestam maior capacidade e disponibilidade para cuidar do seu familiar “ (FERNANDES, 2009. P.51)

A exigência necessária para os cuidados ao doente em fase terminal é muito elevada. Um dos cuidados necessários é o controlo sintomático do seu familiar. A dor e o sofrimento decorrentes da própria doença, quando não são devidamente atenuados e controlados podem ser geradores de grande mal-estar e desconforto na família. A colaboração da equipa de saúde nesta actividade pode ser facilitada por formas de “descomplexificar” o alívio de sintomas. Uma das formas encontradas foi a entrega de uma folha de registo sintomático que permitia que a família registasse a altura em que administrava medicação extra-horário para que a equipa pudesse ajustar a terapêutica e permitisse o maior bem-estar e alívio do sofrimento da pessoa doente e consequentemente do cuidador.

Alterações do familiar doente: aumento de dependência, alterações físicas, alterações emocionais, disposição, humor

As alterações que o doente vai sofrendo ao longo do seu processo de doença vão interferir na forma como o familiar vivência o processo. Mais uma vez, a informação que vai sendo transmitida ao familiar sobre a forma como deverá evoluir, facilita a forma como a família se sente ou não preparada para receber essas alterações.

Ainda assim, as mudanças que a doença provoca, suscitam muitas vezes recurso às memórias daquilo que o familiar era antes do processo de doença.

As sucessivas perdas que o cuidador assiste no seu familiar doente podem ser potencialmente geradoras de mal-estar, podem veicular alguma angústia e estão sobretudo relacionadas com as alterações físicas, com o aumento do nível de dependência de outros e alterações relativamente à sua disposição habitual.

Alterações dos seus papéis sociais e profissionais

A exigência de cuidados para com o familiar provoca necessariamente algumas alterações no seu estilo de vida. Muitas vezes, com a necessidade de aumento de cuidados, também a demanda de exigência de cuidados para com a pessoa doente será mais elevada. Um dos *padrões de resposta* que reflecte a resolução de uma transição, de acordo com a teoria de Meleis é o sentir-se ligado. Em cuidados paliativos, considerando a dimensão do cuidar que aqui está implícita, o *sentir-se ligado* está muito relacionado com a forma como o cuidador se

liga emocionalmente com o seu familiar, mas também de que forma mantém as suas relações sociais e *interage* com as mesmas. Quando o familiar abdica da sua vida profissional e altera as suas dinâmicas de vida, deve encontrar estratégias que evitem o seu isolamento e que conduzam a um stress emocional e à depressão.

Uma das formas encontradas quando este é um problema referido pelo cuidador é recorrer da ajuda de outros familiares, amigos, pessoas significativas que substituam temporariamente as suas funções de cuidador, permitindo que este possa sair de casa, passear, realizar actividades de lazer que o faça sentir bem e o tranquilize e alivie o seu cansaço.

O *localizar-se e sentir-se ligado* está relacionado com o sentimento de pertença e o sentido de ter feito o que era certo. O cuidar do doente com doença terminal no domicílio, pelo seu grau de complexidade pode ser muito difícil para o cuidador, mas muitas vezes este processo dá um nível de bem-estar e confiança importante que o ajudam a vivenciar o processo.

Todas as intervenções de enfermagem que contribuam em termos de suporte e apoio ao familiar fazem com que o seu cuidar não seja tão exigente e seja vivido de forma mais tranquila.

Proximidade da morte

A proximidade da morte é muitas vezes avaliada pelo familiar pelo agravamento do estado de saúde do seu familiar, e este aproximar traz alguns receios e preocupações. Nem todas as pessoas conseguem vivenciar este processo com tranquilidade. Quando o fazem, utilizam muitas vezes, enquanto *condição facilitadora da transição*, as suas crenças, o acreditar numa continuidade de uma vida, não considerando a morte como um fim em si mesmo.

Da equipa de saúde, informar antecipadamente sobre alguns sintomas ou sinais decorrentes da evolução da própria doença e que podem significar um agravamento e uma proximidade do momento de morte pode permitir que a família viva este processo com maior tranquilidade e faça a transição de forma mais eficaz.

Luto

Após a morte do familiar, surge um novo processo que se relaciona com a forma como o cuidador segue a sua vida e encontra de novo o equilíbrio com as mudanças que aconteceram. Muitos cuidadores viveram o cuidar do seu familiar doente em exclusividade e a repentina quebra nesse processo pode provocar alguma “sensação de vazio”.

O acompanhamento da equipa de cuidados paliativos no apoio ao luto é fundamental e passa por visitas domiciliárias que visam compreender como se encontra o familiar, fazê-lo compreender que algumas alterações que sente (cansaço, baixa concentração) são decorrentes do processo de luto. É importante envolver outras pessoas significativas que sirvam de interlocutoras de comportamentos que possam perceber no familiar cuidador e que possam ser indicativas de um processo patológico de luto.

Os *indicadores de resultado* que, de acordo com a teoria das transições permitem verificar se a transição se fez de forma eficaz, podem nem sempre estar presentes. E sendo um processo de cuidar tão longo, existem momentos em que o cuidador se sente com *capacidade* total de cuidar do seu familiar e outros em que até pelo seu nível de ansiedade, o seu cansaço, não se sente capaz de continuar o processo de cuidar no domicílio. É fundamental que a equipa de saúde conheça bem não só o doente mas também o seu cuidador, no sentido de compreender sinais que podem indicar esta capacidade (temporária ou definitiva) para cuidar do familiar doente e intervir em função disso.

À medida que o tempo vai passando, os familiares podem apresentar alguma *mestria* em determinadas actividades inerentes ao seu cuidar, mas tal como a *capacidade*, também a *mestria* não é um indicador absoluto e poderá ser alto em determinadas alturas e noutras muito reduzido.

Assim se compreende que o uso de teorias e modelos conceptuais de enfermagem pode melhorar os cuidados de enfermagem e pode desenvolver o conhecimento e as intervenções de enfermagem sobre os doentes com doença oncológica e as suas famílias.

5. Referências bibliográficas:

- BLUM, K.; SHERMAN, W. – Understanding the experience of caregivers: a focus on transitions. **Seminars in oncology nursing**. Vol. 26, Nº4 (Novembro 2010). P.243-258.
- FERNANDES, J. – **Cuidar no domicílio. A sobrecarga do cuidador familiar**. [em linha] Dissertação realizada para a obtenção do grau de mestre em cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa, 2009. 155f. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt>
- MELEIS, Afaf [et al] – Experiencing Transitions: An emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science**. Vol.23, Nº1, 2000, p.12-28.
- NEVES, S. – **Impacto no cuidador principal, do cuidado ao doente paliativo no domicílio**. [em linha] Dissertação realizada para a obtenção do grau de mestre em cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina. Universidade Nova de Lisboa, 2007. 235f. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt>
- OE- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica**. Regulamento n.º124/2011. Diário da República, II série. Nº35 (2011-02-18).
- PNCP- **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. Despacho ministerial de 15-06-2004.
- UCP- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - **Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**, Instituto de Ciências da Saúde. Sintra: ICS-UCP, 2011. 6p.

Apêndice V:

Instrumento de registo de sintomas

REGISTO DE SINTOMAS

Unidade de Assistência Domiciliária - Tel. 21 720 04 77

Mês: _____					
Dia	Hora	Sintomas	Medicação administrada	Efeito da medicação	Observações
		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Farfalheira <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Melhoria <input type="checkbox"/> Sem melhoria	
		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Farfalheira <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Melhoria <input type="checkbox"/> Sem melhoria	
		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Farfalheira <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Melhoria <input type="checkbox"/> Sem melhoria	

Elaborado por Carla Sanches

Aluna do curso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.

Apêndice VI:

Guião da sessão formativa/diapositivos da sessão

“Precauções de isolamento relativamente ao doente com suspeita de meningite no
SU”

SESSÃO DE FORMAÇÃO

Plano da sessão:

Título: Precauções de isolamento no cuidado ao doente com suspeita de meningite no SU

Formador: Carla Sanches

Datas: 25 e 26 de Janeiro de 2012, 15h20

Local: Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria (local a definir)

Destinatários: Enfermeiros do SUC

Tempo previsto da sessão: 30-40 minutos

Objectivo geral: Contribuir para a melhoria de cuidados e segurança do doente/família e equipa de saúde no cuidado prestado ao doente com suspeita de meningite no SUC

Objectivos específicos:

- Realizar breve revisão sobre etiologia da meningite, sinais e sintomas que caracterizam a doença e achados laboratoriais mais relevantes;
- Rever conceitos de isolamento e tipos de isolamento, particularizando a situação de meningite
- Encontrar estratégias de adequação das medidas de isolamento a diferentes áreas no SUC (postos de triagem, salas de espera, sala de observação e transporte) com apresentação de sugestões para a manutenção das medidas de isolamento no SUC.

Guião da sessão:

	Objectivos	Actividades	Método	Material	Tempo
Introdução	Apresentação do formador	- Apresentação da formadora - Esclarecimento do contexto de formação	Expositivo		2 minutos
	Introdução ao tema	- Explicar porquê a escolha do tema			3 minutos
Desenvolvimento	Apresentação do tema	- Abordar a meningite relativamente a: Etiologia, Sinais e sintomas, Achados laboratoriais - Enumerar medidas de isolamento e a especificidade do isolamento em caso de meningite -sugestões/recomendações de isolamento para as diferentes áreas do SU	Expositivo Interactivo	Projector Computador	20-25 minutos
Conclusão	Conclusões	- Resumir principais conclusões - Esclarecer dúvidas - Promover a discussão	Expositivo Diálogo		10 minutos

Meningite

Precauções de isolamento no cuidado
ao doente com suspeita de meningite no
SU

Carla Sanches,
Orientação Enf^o Daniel Santos

Lisboa, 2012

I^a PARTE:

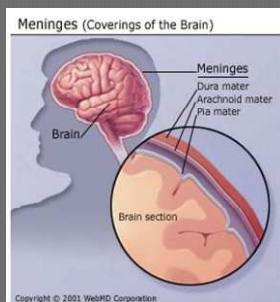
Meningite...informações

Meningite...

Doença que afecta o SNC e o LCR

Meningite viral

Meningite bacteriana



Agentes etiológicos mais frequentes:

- Haemophilus Influenzae
- Neisseria meningitidis
- Streptococcus pneumoniae

Meningite...

Sinais e Sintomas

Quadro clínico clássico:

- Cefaleias
- Febre
- Rigidez na nuca

Alterações do LCR

Outra sintomatologia:

- Fotofobia
- Vômitos
- Alterações estado de consciência, convulsões
- Sinais de irritação meníngea,
- Aumento da PIC

Sinal de Kernig e Brudzinski

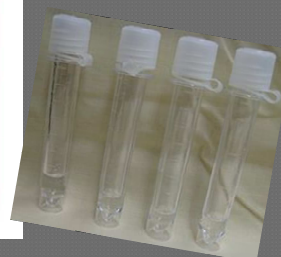
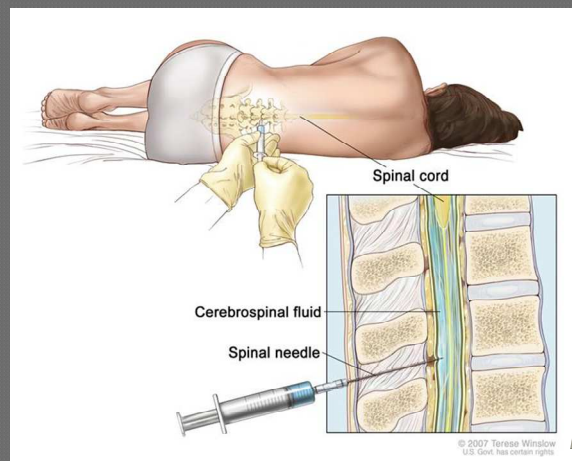
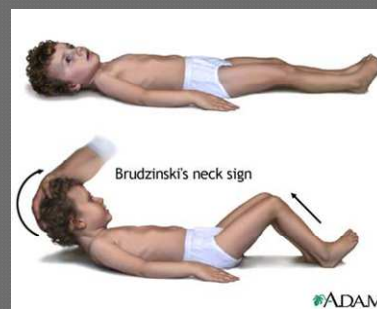
Exantema hemorrágico com petéquias

Meningite...

Sinal de Kernig



Sinal de Brudzinski



Meningite...

◉ Achados laboratoriais do LCR

	Aspecto/ coloração	Leucócitos/mm ³ (Predomínio)	Glicose (mg/dl)	Proteínas (mg/dl)
LCR normal	Límpido, incolor	0-5	45-100	15-50
Meningite viral	Límpido, geralmente incolor	5-500 (Linfócitos)	Normal	Levemente aumentadas
Meningite bacteriana	Turvo, branca leitosa ou ligeiramente xantocrómica	200 a milhares (Neutrófilos)	Diminuída	Aumentadas
Meningite tuberculosa	Incolor ou xantocrómica	25-500 (Linfócitos)	Diminuída	Aumentadas

IIª PARTE:

Vias de transmissão e medidas de isolamento

Medidas de isolamento...

Formas de transmissão



Via aérea
Por gotículas
Por contacto

Categorias de isolamento de Contenção

Básicas	É aplicável em todas as situações
Gotículas	Quando a transmissão se faz através de gotículas respiratórias expelidas a curta distância (< 1 m) pela tosse, espirro, fala e procedimentos como aspiração de secreções e broncoscopia. Não permanecem suspensas no ar.
Via aérea	Quando a transmissão se faz por pequenas partículas ($\leq 5\mu\text{m}$) que permanecem suspensas no ar durante períodos longos e podem ser disseminadas à distância através de correntes de ar.
Contacto	Quando a transmissão das infeções se faz por contacto directo ou indirecto

Medidas de isolamento...

Na meningite...



Precauções de transmissão por
gotículas
(CDC, 2007)

MENINGITE

Neisseria meningitidis	Precauções na transmissão por gotículas nas primeiras 24 horas de antibioterapia. Uso de máscara e viseira durante procedimentos invasivos (ex: entubação)
Enterovirus	Precauções de contacto
M. tuberculosis	Precaução por via aérea se houver infiltrado pulmonar; precauções por via aérea e de contacto se existir drenagem de fluidos corporais potencialmente infectados.

(CDC, 2007, p.116)

Medidas de isolamento...

◉ Vias de transmissão:

Meningite viral

Meningite bacteriana

Profilaxia

- Dissemina-se pelas vias respiratórias;
- Transmissão por gotículas
- Risco durante primeiras 24h após antibioterapia.
(CDC 2007)

Medidas de isolamento no **SUC**

◉ Postos de triagem

Sinais e
sintomas

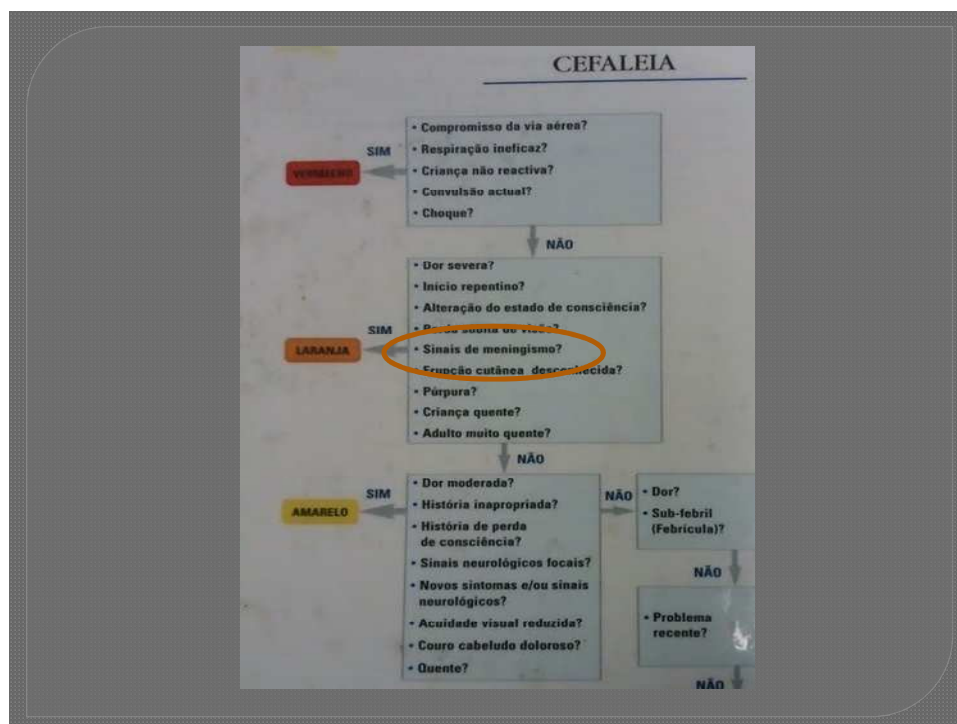
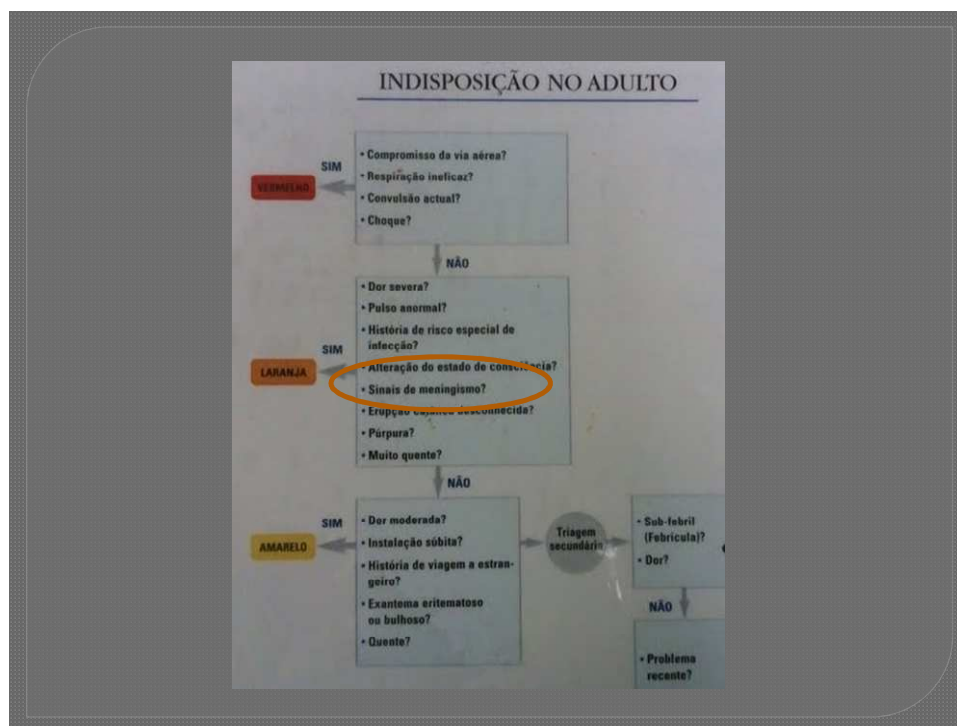
Exemplos de descritores **ALERT**

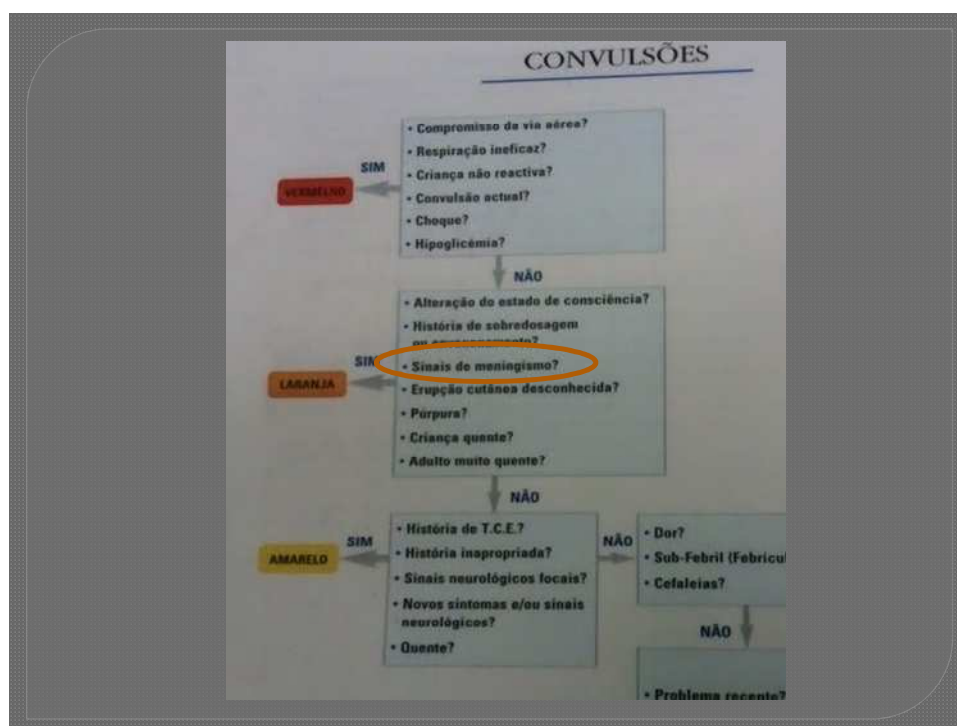
Cefaleias

Indisposição
no adulto

Convulsões

Meningismo é a tríade de rigidez na nuca, fotofobia e cefaleias.





Medidas de isolamento no SUC

• Postos de triagem

**Colocação
de máscara
cirúrgica ao
doente**



Medidas de isolamento no SUC

● Salas de espera



Idealmente, colocar em local isolado dos restantes utentes

Colocar máscara cirúrgica no doente.
Explicar procedimento

Tentar afastar 1 metro dos restantes pessoas.

Medidas de isolamento no SUC

● Transporte de doentes

“ 5. Os doentes colonizados/infectados com microrganismos transmissíveis por gotículas (p.ex. *Meningococcus*) ou por via aérea, (p.ex. *Mycobacterium tuberculosis*) devem colocar máscara cirúrgica. Explicar ao doente a necessidade da utilização da máscara e a importância de a não retirar em momento algum durante o transporte. O profissional que faz o transporte não deve utilizar protecção respiratória.”

Recomendação nº2/2009

Medidas de isolamento no SUC

● Sala de observação (SO)

Escolha do local de internamento

Idealmente em quarto isolado, sem medidas especiais de ventilação

Unidade do doente com pelo menos **1m** de intervalo.

As **cortinas** da unidade do doente devem estar corridas. (CDC, 2007)

Utilizar **máscara simples** em contactos inferiores a 1 metro e em procedimentos invasivos: (ex: intubação, aspiração)

Medidas de isolamento no SUC

● Sala de observação (SO)

Realização de punção lombar



Quem realiza:
Técnica asséptica

Quem colabora no procedimento:
Uso de máscara simples (CDC, 2007)

Medidas de isolamento no SUC

- Sala de observação (SO)

Para identificação camas
com isolamento contenção



Obrigada

Apêndice VII:

Guia da fundamentação teórica para a sessão formativa



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

MENINGITE

Precauções de isolamento no Serviço de Urgência

- Fundamentação teórica -

Realizado por:

Carla Sanches (nº 192010099)

Professora orientadora:

Professora Marques da Gama

Enfermeiro orientador:

Daniel Santos

Lisboa, 2012

Índice:

1. Introdução.....	129
2. Enquadramento teórico:	131
2.1 Meningite 131	
AGENTES INFECCIOSOS:	131
PERÍODO DE INCUBAÇÃO/TRANSMISSIBILIDADE	133
ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS:	133
TRATAMENTO:	135
2.2 Vias de transmissão e medidas de isolamento: 135	
VIAS DE TRANSMISSÃO NA MENINGITE:.....	136
MEDIDAS DE ISOLAMENTO:	137
APLICABILIDADE DAS MEDIDAS DE ISOLAMENTO NUMA SUSPEITA DE MENINGITE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	
138	
3. Conclusão:.....	142
4. Referências bibliográficas:	143
Anexo I: Sinal de aviso para colocar na unidade do doente com suspeita de situação com necessidade de medidas de isolamento	144
Anexo II: Plano da sessão formativa	Erro! Marcador não definido.
Anexo III: Diapositivos da apresentação da sessão formativa.....	Erro! Marcador não definido.

1. Introdução

O trabalho que de seguida se apresenta insere-se no estágio do módulo I -Serviço de Urgência que se realiza no Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria, enquadrado no curso de mestrado profissional na especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

Enquanto enfermeira especialista, o contexto de estágio permite o desenvolvimento de competências em diferentes âmbitos. Segundo as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011) para o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, o cuidado de enfermagem passa pela abordagem adequada ao doente, contribuindo para *“vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica”* (p.3) e *simultaneamente a intervenção deve contemplar a “prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica (...) face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil (...)”*, (OE, 2011, p.3) e simultaneamente a sua intervenção deve contemplar *“prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica (...) face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil (...)”*. (p.3)

Em contexto de estágio em serviço de urgência, são múltiplas as situações que surgem e que exigem cuidados especializados na abordagem ao doente crítico. Numa diferente realidade, é importante mobilizar conhecimentos da própria prática profissional e, em contexto de doença crítica, adequar a situações de maior complexidade.

Na área em que desenvolvo a prática profissional, a infecciologia, são várias as situações que requerem cuidados especiais de enfermagem desde a abordagem inicial no SU. Para além da instabilidade clínica que algumas destas situações podem causar, a área de infecciologia tem ainda a particularidade de necessitar de outro tipo de cuidados, nomeadamente ao nível do controlo de infecção hospitalar que deverão ser iniciadas o mais precocemente no SU.

Neste sentido, considerando os meus objectivos pessoais, as competências a desenvolver enquanto enfermeira especialista e os contributos que podem dar ao serviço uma melhoria da prática de enfermagem, fez sentido abordar o tema dos cuidados de enfermagem ao doente com suspeita de meningite, focando nas precauções em termos de controle de infecção que devem ser usadas em contexto de urgência, tentando uniformizar práticas e adequando-as às directrizes definidas para este efeito.

É definido enquanto objectivo geral deste trabalho, **“Contribuir para a melhoria de cuidados e segurança do doente/família e equipa de saúde no cuidado prestado ao doente com suspeita de meningite no SUC”**

A abordagem não pretende ser demasiado clínica, fixando os objectivos em termos da fisiopatologia da doença, mas antes considerar os cuidados de enfermagem que devem ser prestados numa situação de suspeita de meningite em termos das protecções a adoptar pelos profissionais de saúde nas diferentes áreas.

Para a realização deste trabalho foi feita pesquisa bibliográfica sobre o tema, recorrendo a artigos científicos e às informações presentes nas “guidelines” disponíveis no CDC, enquanto entidade com relevância internacional no controle das doenças infecciosas. Houve também necessidade de recorrer a especialistas na área e também a documentos e normas da comissão de controlo de infecção hospitalar do Hospital de Santa Maria, procurando conhecer o que é já definido pela instituição perante estas situações.

A construção deste trabalho será feita numa primeira abordagem a descrição da meningite enquanto doença, em relação aos microorganismos mais frequentes, vias de transmissão, exames complementares de diagnóstico, fundamentos estes que serão necessários para enquadrar a segunda parte do trabalho em que se fará a definição das vias de transmissão e dos cuidados de enfermagem a desenvolver nas diferentes situações de meningite, adequando às diferentes áreas do SU.

2. Enquadramento teórico:

2.1 Meningite

As infecções do sistema nervoso central (SNC) são pouco frequentes mas encontram-se entre os principais problemas na prática médica devido às elevadas taxas de mortalidade e morbilidade que se lhes associam. A meningite é uma infecção aguda do sistema nervoso central que atinge as meninges. As meninges compõem-se de três membranas que envolvem e protegem o cérebro e a medula espinhal: A pia-máter está firmemente aderente à superfície do cérebro; a aracnóide insere-se acima da pia-máter. Entre estas duas membranas existe o espaço subaracnóideu que é preenchido por líquido. Existe ainda uma membrana exterior, a dura-máter. (GRIZ; MELO; HINRICHSEN, 2005)

A via de entrada dos microrganismos no SNC pode ser feita por via hematogénica, por contiguidade/proximidade e por implantação directa. A via hematogénica é a forma mais comum de transmissão, sendo mais frequente a porta de entrada o trato respiratório superior; por contiguidade de estruturas adjacentes, os microrganismos migram através de um foco de infecção para o SNC a partir de estruturas próximas como os seios perinasais, ouvido médio e mastóide, como no caso de otites, sinusites, abscessos, que infecta por extensão directa da infecção ao SNC ou indirectamente através de veias ou vasos linfáticos; Por último, a implantação directa está relacionada com uma origem congénita, traumática por fractura, iatrogénica, através de shunts ou por destruição neoplásica. (GRIZ; MELO; HINRICHSEN, 2005)

As estruturas meníngeas estão protegidas pela barreira hemato-encefálica e a barreira sangue-Líquido cefalorraquidiano (LCR). Os microorganismos podem atravessar estas barreiras infectando as células que formam essas estruturas, através de mecanismos de transporte passivo e através de leucócitos infectados. Após a entrada dos microrganismos na corrente sanguínea, entram em contacto com o espaço sub-aracnóide e invadem estas barreiras. No caso da infecção das meninges por implantação directa, esta é feita muitas vezes pelo contacto directo com o LCR e também se relacionam com defeitos congénitos das próprias estruturas meníngeas. (GRIZ; MELO; HINRICHSEN, 2005)

AGENTES INFECCIOSOS:

A meningite pode ser causada por diversos agentes infecciosos, nomeadamente bactérias, vírus e fungos, ou por causas não infecciosas. Dos microorganismos potencialmente

causadores de meningite, são considerados mais frequentes os seguintes: (GRIZ; MELO; HINRICHSEN, 2005)

- **Haemophilus Influenzae:** Bacilo Gram negativo. Na sua forma não capsulada, encontra-se nas vias respiratórias de forma saprófita, podendo causar infecções assintomáticas como por exemplo através de bronquite, sinusites e otites, em crianças e adultos. A sua forma capsulada é geralmente o responsável por meningites e outras doenças invasivas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)
- **Neisseria meningitidis:** Gram -, comumente conhecido como meningococo. Constituída por 13 subgrupos diferentes que causam meningite, sendo os mais frequentes os grupos A, B e C. Está associado a infecções em grande escala, numa comunidade num curto espaço de tempo, sobretudo em crianças e jovens adultos.
- **Streptococcus pneumoniae:** Bactéria gram +, com 84 sorotipos, 14 dos quais provocam doença. A meningite pneumocócica surge com frequência após infecção pulmonar, otológica ou endocardite bacteriana
- **Mycobacterium tuberculosis:** Causado pelo bacilo de Koch.
- **Streptococcus B- hemolítico grupo B:** infecção frequente nos recém-nascidos.
- **Meningites virais:** Os agentes mais frequentes são os enterovirus, mas também herpes vírus e arbovirus.
- **Meningites fúngicas:** são raras e mais frequentes em doentes imunocomprometidos. O agente mais frequente é o cryptococcus.

O quadro que se apresenta faz a distribuição dos agentes pela frequência com que surgem nos diferentes grupos etários.

Grupo etário	Agentes mais frequentes
Recém nascidos	Streptococcus B; E. coli; Listeria monocytogenes
Crianças	Neisseria meningitidis, haemophilus influenzae, streptococcus pneumoniae
Jovens	N. meningitidis, s. pneumoniae
Adultos	S. pneumoniae; N. meningitidis, Mycobacteria

Tabela 1: Distribuição de agentes infecciosos por grupos etários (Adaptado de CDC, 2009)

PERÍODO DE INCUBAÇÃO/TRANSMISSIBILIDADE

Os períodos de incubação não estão rigidamente definidos, mas varia entre 2 a 10 dias em média, dependendo do agente causal.

A transmissão também varia consoante o hospedeiro.

Meningite bacteriana: Este tipo de meningite é contagioso. A bactéria dissemina-se pelas secreções das vias respiratórias. Mas a sua disseminação não é feita através de contacto ou simplesmente por estar junto da pessoa doente com meningite bacteriana. (CDC, 2009) Na meningite meningocócica, a transmissibilidade persiste até que o meningoco desapareça da nasofaringe, o que habitualmente ocorre 24 horas após antibioterapia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

Meningite viral: os enterovírus são mais comuns, e são transmitidos por via fecal, mas também pela via respiratória. Outros vírus podem disseminar-se através do contacto directo ou indirecto com a saliva (CDC, 2009)

ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS:

A meningite tem expressões clínicas distintas, mas são considerados enquanto sinais clássicos de meningite, as cefaleias, febre e rigidez na nuca (incapacidade de fazer flexão do pescoço para a frente por aumento do tônus muscular e rigidez). Pode ocorrer também fotofobia, náuseas e vómitos. Consoante a extensão da infecção, a susceptibilidade do hospedeiro, o agente causal e a própria evolução da doença, poderão existir outros sintomas associados como as alterações do nível de consciência, crises convulsivas, sinais neurológicos focais, entre outros. (CDC, 2009)

Os sinais de meningismo dos quais estão incluídos a rigidez na nuca, podem incluir também a presença do sinal de Kernig ou do sinal de Brudzinski. Esta avaliação neurológica pode ser facilmente indicadora de irritação meníngea que caracteriza a doença. (LIVRO EMC)

- **Sinal de Kernig:** Resposta em flexão da articulação do joelho quando a coxa + e colocada em certo grau de flexão, relativamente ao tronco. (MINISTÉRIO DA SAÚDE)
- **Sinal de Brudzinski:** flexão involuntária da perna sobre a coxa e desta sobre a bacia ao se tentar flectir a cabeça do paciente.

Outra sintomatologia que pode caracterizar rapidamente a etiologia da meningite bacteriana causada por *N. meningitidis*, vulgarmente conhecida como meningite meningocócica, é o aparecimento de um exantema hemorrágico com petéquias que reflecte a septicemia

associada. Este exantema inicia-se pelo surgimento de petéquias ao nível do tronco e membros inferiores e conjuntivas e é geralmente eritematoso e macular no início da doença, evoluindo para exantema petequial. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s.d.])

Pelo processo inflamatório associado, pode haver também edema cerebral que provoca aumento da pressão intra-craniana, o que vai causar as alterações do estado de consciência que também caracterizam a doença. Também por este motivo podem surgir crises convulsivas.

Também a evolução e duração da sintomatologia associada poderá variar consoante o agente infeccioso. Na meningite bacteriana, tipicamente os sintomas surgem 3 a 7 dias após a exposição com o agente causal; na meningite viral, os sintomas iniciais poderão ser pouco expressivos e o período de duração dos sintomas geralmente duram entre 7 a 10 dias; a meningite tuberculosa ou fúngica pode ter uma evolução mais lenta, semanas ou meses, tornando mais difícil o diagnóstico.

O diagnóstico laboratorial incide sobretudo pelo estudo do líquido cefalorraquidiano (LCR). A amostra de LCR é feita mediante a realização de punção lombar e os resultados obtidos na avaliação laboratorial são indicativos da etiologia de meningite.

Da análise realizada ao LCR, salientam-se alterações ao nível da presença dos leucócitos, níveis de glicose (relação entre o nível de glucose no LCR pelo nível de glucose no sangue), presença de proteínas e também o aspecto e coloração do liquor. O quadro abaixo mostra as alterações analíticas mais frequentes, de acordo com a etiologia da doença.

	Aspecto	Leucócitos/mm ³ (Predomínio)	Glicose (mg/dl)	Proteínas (mg/dl)
LCR normal	Límpido, incolor	0-5	45-100	15-50
Meningite viral	Límpido, geralmente incolor	5-500 (Linfócitos)	Normal	Levemente aumentadas
Meningite bacteriana	Turvo, branca leitosa ou ligeiramente xantocrómica	200 a milhares (Neutrófilos)	Diminuída	Aumentadas
Meningite tuberculosa	Incolor ou xantocrómica	25-500 (linfócitos)	Diminuída	Aumentadas

Tabela 2: Resultados do LCR consoante etiologia (Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s.d.], p.562)

TRATAMENTO:

O tratamento da meningite é variável consoante o agente etiológico e o grupo etário do doente.

Na meningite bacteriana é iniciada o mais precocemente possível antibioterapia. Na meningite viral, o tratamento não é tão específico e muitas vezes são situações auto-limitadas.

2.2 Vias de transmissão e medidas de isolamento:

De acordo com o que está descrito nas guidelines publicadas pelo CDC em 2007, as infecções têm três níveis diferentes e mais importantes de transmissão:

- **Via aérea:** Ocorre pela disseminação por via área de partículas de pequenas dimensões que contém agentes infecciosos e que permanecem activos em termos de infecciosidade durante algum período de tempo e numa maior distância. Estas partículas dispersam-se a longas distâncias e podem ser inaladas por indivíduos susceptíveis.

A prevenção da transmissão por esta via exige cuidados especiais em termos de ventilação para conter e remover os agentes infecciosos.

Ex: mycobaterium tuberculosis, vírus da rubéola, vírus da varicela, entre outros.

- **Por gotículas:** A transmissão que ocorre por esta via faz-se pelo contacto de gotículas transmitidas por um doente infectado directamente do seu trato respiratório para outra pessoa. O tamanho das partículas é superior a 5µm. Esta transmissão de gotículas respiratórias acontece geralmente através da tosse, espirro ou fala ou por procedimentos como aspiração, entubação endotraqueal, tosse induzida por manobras de reanimação cardiopulmonar ou pelos movimentos de fisioterapia respiratória.

Os agentes transmitidos por esta via passam essencialmente em curtas distâncias, estando de forma mais ou menos consensual estabelecida a distância inferior a um metro. Por este motivo, o uso de máscara cirúrgica é suficiente para prevenir a transmissão de infecção. A uma distância maior que um metro os agentes transmitidos por gotículas perdem o seu nível de infecciosidade e por isso não requerem especial cuidado, já que não permanecem em

suspensão no ar e descem à superfície num espaço inferior a um metro do foco de infecção. (ORTEGA e MENSA, 2009)

Idealmente seria necessário quarto de isolamento mas sem necessidade de ventilação especial.

Exemplos: meningite meningocócica

- **Por contacto:** pode ser feito através de contacto directo ou indirecto. O contacto directo ocorre através do contacto entre uma pessoa infectada para outra não contaminada, como por exemplo, através do sangue e fluidos corporais em contacto com mucosas ou pele não integra, através do contacto directo com lesões infectadas por alguns microorganismos. O contacto indirecto faz-se através da transmissão do agente infeccioso por um agente intermediário, seja uma pessoa ou um objecto. Um grande exemplo de transmissão em meio hospitalar através de contacto indirecto é pelas mãos, quando existe um contacto com um doente infectado ou objecto e não se procede à correcta lavagem das mãos antes do contacto com outro doente. Também os instrumentos usados na prestação de cuidados de saúde, como por exemplo, aparelhos de avaliação de parâmetros vitais, termómetros, instrumentos de exames ou cirúrgicos, entre outros, são potencialmente objectos que se não foram limpos adequadamente entre utilização com doentes diferentes podem ser veículos transmissores de doenças.

VIAS DE TRANSMISSÃO NA MENINGITE:

Como foi referido anteriormente, as formas de transmissão envolvem mais ou menos risco para os conviventes com os doentes infectados, consoante se trate de uma meningite bacteriana ou viral.

A meningite bacteriana meningocócica é a que apresenta maior nível de transmissibilidade, e esta faz-se por gotículas. (CDC, 2007) Por ser a situação em que são necessárias precauções específicas, as medidas de isolamento que de seguida se abordam deverão ser adoptadas nestas situações.

MENINGITE	
Neisseria meningitidis	Precauções na transmissão por gotículas nas primeiras 24 horas de antibioterapia. Uso de máscara e viseira durante procedimentos invasivos (ex: entubação)
Enteroviruses	Precauções de contacto
M. tuberculosis	Precaução por via aérea se houver infiltrado pulmonar; precauções por via aérea e de contacto se existir drenagem de fluidos corporais potencialmente infectados.

Tabela 3: Precauções empíricas a utilizar no caso de suspeita de meningite (retirado do quadro “Precauções de transmissão a adoptar de forma empírica em situações clínicas ou condições cuja confirmação de diagnóstico está pendente” (CDC, 2007, p.116)

MEDIDAS DE ISOLAMENTO:

Segundo a comissão de controlo de infecção hospitalar do Hospital de Santa Maria (CCIH) descrito nas recomendações nº1/2002, por isolamento considera-se o estabelecimento de barreiras físicas de forma a reduzir a transmissão entre o indivíduo doente e outra pessoa. O isolamento a efectuar pode ser do tipo protector ou de contenção.

No caso da meningite bacteriana, o objectivo é fazer um isolamento de contenção que permita a prevenção de transmissão do agente infeccioso para outra pessoa.

A prevenção de transmissão por gotículas deve ser feita através de medidas “standard”, que se baseiam no princípio geral que todos os doentes podem ser potencialmente infectados, e portanto devem ser aplicados a todos os doentes do serviço de urgência) e simultaneamente, precauções baseadas na transmissão (GLAUSER; FOSTER, 2010), que devem ser aplicadas a doentes com suspeita ou confirmação do diagnóstico de meningite potencialmente transmissível. É por isso necessário por vezes iniciar medidas de isolamento de forma empírica (ORTEGA e MENSA, 2009), pressupondo a possibilidade do agente infeccioso causal, neste caso de meningite, ter o maior nível de infecciosidade, como sucede na meningite meningocócica.

APLICABILIDADE DAS MEDIDAS DE ISOLAMENTO NUMA SUSPEITA DE MENINGITE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O serviço de urgência, pelas suas características em termos do espaço físico, como pela própria dinâmica, cria alguma dificuldade no cumprimento de medidas de controle de infecção em situações de doença infecciosa transmissível. Os próprios tempos de espera para ser atendido num serviço de urgência podem facilitar o contágio, sobretudo em épocas de grande afluência aos serviços de saúde, em que o risco de transmissão nas salas de espera aumenta significativamente. (ORTEGA e MENSA, 2009) Nestes espaços, estão em contacto doentes com nível elevado potencial de infecção transmissível, sobretudo a nível respiratório, com outros doentes com grande fragilidade imunológica.

A adaptação de medidas de prevenção de transmissão é sempre um desafio porque os doentes permanecem em espaços comuns por longos períodos de tempo e porque aos doentes nem sempre é reconhecido o risco infeccioso inerente com a precocidade necessária. (CDC, 2007) As medidas de isolamento devem ser iniciadas logo que possível, e por isso torna-se fundamental fazer uma boa triagem da situação clínica.

Postos de triagem

A triagem é por definição o local do SU onde é feito o despiste das situações dos doentes que recorrem ao hospital, consoante o seu nível de gravidade. É o primeiro contacto que o doente tem com os profissionais de saúde e com a instituição hospitalar. Exige *“observação e avaliação do utente, com a finalidade de estabelecer prioridades no atendimento (...) e assegurar que os utilizadores recebam o tratamento adequado ao seu estado de saúde”*. (GOMES, 2008, p.38) Permite portanto fazer um despiste de uma situação potencialmente mais grave ou potencialmente transmissível aos restantes utentes do SU, acompanhantes e profissionais de saúde.

A sintomatologia básica ou clássica de meningite não é muito específica. É importante portanto considerar as queixas do doente e despistar eventuais sinais que possam indiciar uma suspeita de meningite. Esta correcta avaliação permite por um lado uma intervenção atempada permitindo iniciar o tratamento o mais precocemente possível, e por outro lado

permite despistar situações que pelo seu nível de risco de infecciosidade exijam medidas empíricas de isolamento.

Assim que é determinada uma suspeita, pela ausência de conhecimento do agente infeccioso de origem, o isolamento deve ser iniciado. Considerando a possibilidade de se tratar de uma meningite bacteriana, e pelo que foi descrito em termos das precauções de isolamento na transmissão por gotículas, **sugere-se a colocação de uma máscara cirúrgica antes de encaminhar o doente para outro espaço do SU.** (CDC, 2007)

Salas de espera

Nas salas de espera do SU, os doentes com infeções potencialmente transmissíveis pelo tracto respiratório deveriam ser colocados numa área própria e isolada. Não sendo possível, **deverá ser colocada uma máscara cirúrgica no doente potencialmente doente.** Para além desta medida, o CDC (2007) recomenda a **manutenção de uma distância de pelo menos um metro entre doentes.** Pelo risco de poderem também estar infectados, os familiares também devem colocar máscara.

Transporte de doentes

Considerando as normas publicadas pela comissão de controle de infecção hospitalar do Hospital de Santa Maria, que estão em conformidade pelo descrito nas recomendações do CDC (2007), no transporte “os doentes colonizados/infectados com microrganismos transmissíveis por gotículas (p.ex. *Meningococcus*) (...) **devem colocar máscara cirúrgica.** *Explicar ao doente a necessidade da utilização da máscara e a importância de a não retirar em momento algum durante o transporte. O profissional que faz o transporte não deve utilizar protecção respiratória.*” Recomendação nº2/2009

Sala de Observação (SO)

A sala de observação é o local onde, tal como o nome indica, ficam internados doentes com necessidade de maior observação e vigilância dada a sua situação clínica, num período transitório entre a alta clínica ou o internamento hospitalar.

No SO, o internamento deve ser feito idealmente num quarto separado sem medidas especiais de ventilação. Não existindo essa possibilidade, **será necessário um espaço de pelo menos um metro e as cortinas da unidade do doente devem estar corridas.** (CDC, 2007) **Os profissionais de saúde devem usar uma máscara cirúrgica simples quando é feito um contacto próximo do doente.**

Como foi referido, é também no SO que se realizam a maior parte das vezes alguns procedimentos de diagnóstico como a punção lombar (PL). Segundo as indicações internacionais, nomeadamente o CDC (2007), **durante a realização de PL, o profissional de saúde deverá ser usada uma máscara cirúrgica durante o procedimento.** Para quem realiza, a técnica tem de ser realizada de forma asséptica.

Pelo exposto neste capítulo, são feitas algumas sugestões, justificadas pelo enquadramento teórico apresentado neste documento, e adaptadas à realidade do Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria.

Sugestões/recomendações para os diferentes espaços do SUC na aplicabilidade de medidas de isolamento em caso suspeito de meningite.

LOCAIS DO SU	Recomendações/Sugestões
POSTOS DE TRIAGEM	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação criteriosa dos sinais e sintomas - se clinicamente suspeito, <u>colocar máscara simples</u> ao doente e conviventes (se se justificar)
SALA DE ESPERA	<ul style="list-style-type: none"> - Tentar cumprir o <u>distanciamento de 1metro</u> do doente potencialmente infectado dos restantes utentes. - Se não for possível, <u>colocar máscara simples ao doente.</u>
SALA DE OBSERVAÇÃO (SOA)	<p>Internamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atribuir uma unidade mais resguardada, minimizando entradas e saídas ou passagem de pessoas naquele local; Ponderar, consoante o estado clínico do doente, a necessidade de o manter numa unidade mais próxima da bancada de enfermagem, cumprindo as restantes medidas de isolamento. - Independentemente da unidade escolhida, <u>cumprir a distância superior a 1metro</u> dos outros doentes. - <u>Manter as cortinas corridas lateralmente.</u> - Caso seja atribuída a cama 9, retirar o carro de pensos que está guardado junto a essa unidade, bem como o aparelho de ECG, mesas de refeições, entre outros. - Colocar um sinal de aviso nas unidades dos doentes que requerem medidas especiais de isolamento (ver anexo I) - Utilizar máscara simples no contacto próximo com o doente - Utilizar máscara simples se procedimentos invasivos em que haja risco de transmissão por gotículas. <p>Na punção lombar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Utilizar máscara cirúrgica</u> no procedimento. <p>No transporte do doente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Colocar máscara cirúrgica</u> ao doente.

3. Conclusão:

Este documento pretendeu fazer uma abordagem o mais prática e objectiva possível das medidas de isolamento que, sendo definidas pelas entidades responsáveis, podem ser adaptadas ao local de estágio, neste caso o serviço de urgência do hospital de Santa Maria. De certa forma, pretende dar sugestões e demonstrar que é possível iniciar medidas de isolamento neste serviço, com a maior precocidade possível, evitando a disseminação dos agentes infecciosos, contribuindo para o menor risco para o doente, familiares e profissionais de saúde.

Este trabalho efectivou-se pela realização da sessão formativa para a equipa de enfermagem do SUC cujo plano de sessão e diapositivos se anexam a este documento (anexo II).

Das competências que se preconiza serem desenvolvidas em contexto de estágio enquanto enfermeiro especialista, é a de procurar recorrer a conhecimentos e competências anteriores e trazê-las para uma nova realidade, adaptando-as à mesma, e podendo dar contributos para a melhoria de cuidados da prática de enfermagem no local que nos acolhe para a realização do estágio. Foi isso que tentei cumprir e espero ter contribuído para esse efeito, melhorando ainda mais os cuidados de enfermagem neste serviço que me recebeu durante o período de estágio.

4. Referências bibliográficas:

CDC - **Guideline for isolation precautions: preventing Transmission of infectious agents in healthcare settings** [em linha] Center for disease Control and prevention (CDC). Junho de 2007. 219páginas. Disponível em www.cdc.gov.

CDC – **Meningitis** [em linha] Center for disease Control and prevention (CDC). 2009. Disponível em www.cdc.gov.

COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO HOSPITAL (CCIH) – **Isolamento**. Recomendação nº1/2002. Hospital de Santa Maria. 2002. 6páginas.

GLAUSER, J.; FOSTER, D. – Infectious disease update for the emergency physician: isolation, HIV, TB, and emerging infections. **Emergency medicine reports**, vol.31, nº20 Set 2010, p.229-243.

GOMES, C. – **Contacto com o enfermeiro da triagem do serviço de urgência: satisfação do utente** [em linha] Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa, 2008. 136f.

GRIZ, F.; MELO, E.; HINRICHSSEN, S. – Meningites e encefalites. Capítulo nº71, p.663-678. IN HINRICHSSEN, S. - **Doenças infecciosas e parasitárias**. Medsi Editora médica e científica, Lda. Rio de Janeiro, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Guia de vigilância epidemiológica**. Secretaria de vigilância em saúde/ministério da Saúde do Brasil. [s. d.], p. 541-569.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica**. Regulamento n.º124/2011. Diário da República, II série. Nº35 (2011-02-18).

ORTEGA, M.; MENSA, J. – Preventive isolation in the emergency department. **Emergências** 2009. Nº21.P.36-41

SARA (sistema de alerta e resposta apropriada) - **Meningites: normas de procedimento (2ªedição)**. Ministério da Saúde - Direcção geral da saúde. Lisboa, 1999.

Apêndice VIII:

**Sinal de aviso para colocar na unidade do doente em suspeita
de situação com necessidade de medidas de isolamento**



Apêndice IX:

Documento de avaliação de sessão de formação

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL:

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE MÉDICO-CIRÚRGICA

Avaliação da Sessão Formativa:

“Precauções de isolamento no cuidado ao doente com suspeita de meningite no SU”

Formador: Carla Sanches

Datas: 25 e 26 de Janeiro de 2012, 15h20

Local: Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria (local a definir)

Na avaliação que faz da sessão formativa, qual a sua opinião relativamente a:

	NS	S	B	MB
Pertinência do tema da sessão				
Aspectos abordados na sessão				
Metodologia utilizada				
Duração da sessão				
Capacidade de apresentação da formadora				
Importância para os cuidados de enfermagem				

Legenda: MB- Muito Bom; B- Bom; S- Satisfaz; NS- Não satisfaz

Sugestões relativamente à formação:

Esta formação poderá ser útil porque...:

Obrigada pela disponibilidade